

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA INFORMACIÓN**



## **TESIS DOCTORAL**

**Comunicación de crisis en los gabinetes de prensa  
sanitarios.**

**Análisis de la producción periodística y de la  
información publicada sobre la gripe A**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

**Eva García Frontiñán**

DIRECTORES

**Miguel Vicente Mariño  
María Dolores Cáceres Zapatero**

**Madrid, 2017**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

Facultad de Ciencias de la Información



**Tesis Doctoral**

**Comunicación de crisis en los  
gabinetes de prensa sanitarios.  
Análisis de la producción periodística  
y de la información publicada sobre la  
gripe A**

Eva García Frontiñán

Directores:

Dr. Miguel Vicente Mariño

Dra. María Dolores Cáceres Zapatero

**Madrid 2016**



## **AGRADECIMIENTOS**

A mi madre por serlo todo. El origen y la razón de este trabajo y de mi mundo entero.

A mi familia, tanto de sangre como de sentimiento, por su apoyo, su amistad y su presencia.

A mis compañeros y amigos de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León por su profesionalidad y por saber trabajar en equipo dentro y fuera de los despachos.

Y a mis directores de tesis por guiarme en el camino.





## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	3
ÍNDICE .....	5
RESUMEN .....	9
ABSTRACT .....	11
INTRODUCCIÓN .....	13
<i>PRIMERA PARTE - Planteamiento de la investigación.....</i>	<i>15</i>
1. OBJETO DE ESTUDIO .....	15
2. ESTADO DEL ARTE .....	23
2.1 La gripe A analizada por el mundo académico y científico. ....	24
2.2 La gripe A analizada por el mundo editorial.....	35
2.3 La gripe A analizada por el mundo digital .....	41
2.4 Aportaciones de la investigación al estudio de la gripe A .....	42
3. METODOLOGÍA .....	45
3.1 Preguntas de investigación.....	45
3.2 Objetivos de investigación .....	46
3.3 Estrategia metodológica .....	48
3.3.1 Métodos y técnicas empleados para el análisis de noticias .....	49
3.3.2 Métodos y técnicas empleados para el análisis de las entrevistas ..	64
3.3.3 Metodologías complementarias .....	74
4. MARCO TEÓRICO .....	81
4.1 Marco teórico general: comunicación, salud y crisis .....	81
4.1.1 Comunicación y opinión pública.....	81
4.1.2 Gestión comunicativa de la actualidad: los gabinetes de prensa y los medios de comunicación.....	97

4.1.3 La influencia de las nuevas tecnologías en la gestión de la comunicación: Internet y social media.....	102
4.1.4 Comunicación y salud .....	106
4.1.5 Salud pública .....	119
4.1.6 Comunicación de crisis .....	122
4.2 Marco teórico específico: la gripe A .....	128
4.2.1 Qué es la gripe A (virus H1N1). Visión clínica y científica de la enfermedad .....	128
4.2.2 Distintos tipos de gripe .....	133
4.2.3 Conceptos de epidemia y pandemia .....	136
4.2.3 La gripe A desde el punto de vista epidemiológico .....	137
4.2.4 Consecuencias médicas del virus H1N1 en la salud.....	139
4.2.5 Cronología de la gripe A.....	140
4.2.6 Prevención frente a la gripe A .....	168
4.2.7 Comunicación institucional, mediática y gripe A .....	175
<i>SEGUNDA PARTE – Realización de la investigación empírica y análisis de datos .....</i>	<i>203</i>
5. LA VOZ DE LOS ACTORES IMPLICADOS .....	203
5.1 Perfiles de los entrevistados. ¿Quiénes son y qué papel jugaron en la gripe A? .....	205
5.1.1 La gripe A vista por los gestores sanitarios.....	205
5.1.2 La gripe A vista desde los gabinetes de prensa sanitarios.....	209
5.1.3 La gripe A vista desde los medios de comunicación.....	217
5.1.4 La gripe A vista por los profesionales sanitarios .....	220
5.2 Análisis de las entrevistas.....	222
5.2.1 La enfermedad .....	222
5.2.2 Alarma social.....	234
5.2.3 Prevención .....	243

5.2.4 Protocolos de actuación institucionales.....	249
5.2.5 Organización Mundial de la Salud.....	264
5.2.6 Vacunas .....	268
5.2.7 Comunicación realizada en torno a la crisis sanitaria de la gripe A	277
5.2.8 Valoración del trabajo realizado por los actores implicados en la gestión y comunicación de la gripe A.....	320
5.2.9 Frases destacables .....	335
CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE LAS NOTICIAS PUBLICADAS SOBRE LA GRIPE A EN <i>EL PAÍS</i> Y <i>EL NORTE DE CASTILLA</i> .....	339
6.1 Mes de publicación de las noticias .....	341
6.2 Año de publicación de las noticias.....	345
6.3 Ámbito geográfico.....	346
6.4 Subgéneros informativos .....	348
6.5 Temática principal.....	351
6.6 Atribución de responsabilidad.....	353
6.7 Interés humano.....	359
6.8 Conflicto.....	373
6.9 Moralidad .....	382
6.10 Consecuencias económicas .....	388
6.11 Papel de la fuente (o fuentes).....	394
6.12 Página en la que se publica la información.....	397
6.13 Superficie de publicación .....	398
6.14 Elementos adicionales. La presentación de las noticias.....	400
6.15 Tipo de fuente.....	406
6.16 Ámbito geográfico de la fuente .....	408
6.17 Tipo de protagonista .....	409
6.18 Ámbito geográfico del protagonista .....	412

6.19 Enfoque de la noticia .....	413
6.20 Autoría de las noticias.....	415
TERCERA PARTE: cierre de la investigación.....	419
CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.....	419
7.1 Protagonismo de la información sanitaria en los medios escritos ante una situación de crisis. ....	420
7.2 Responsabilidad social de los medios de comunicación ante una crisis sanitaria. ....	423
7.3 Fuentes de información mediática prevalentes en la crisis sanitaria de la gripe A .....	427
7.4 Principios periodísticos en el trabajo realizado por los gabinetes de prensa sanitarios. ....	432
7.5 Trabajo conjunto de los medios de comunicación y los gabinetes de prensa.....	435
7.6 Análisis mediático de las causas y consecuencias de una crisis sanitaria. ....	441
7.7 Responsables de los problemas sanitarios.....	442
7.8 Prevalencia de la proximidad geográfica en la información sanitaria de crisis. ....	444
7.9 Complementos informativos de las noticias sanitarias.....	445
7.10 Firmas predominantes en las informaciones sanitarias escritas.....	446
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN FINAL .....	449
CAPÍTULO 9. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA.....	461
10. ANEXOS .....	473
11. INDICE DE TABLAS .....	475
12. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES .....	479

## **RESUMEN**

La presente investigación tiene como meta analizar el funcionamiento de la comunicación de una crisis sanitaria, en concreto, de la surgida en torno a la gripe A. Hemos elegido esta enfermedad por ser una de las que más noticias ha generado en los últimos años y porque ha pasado el tiempo suficiente desde su finalización como para que pueda ser estudiada con mayor distancia y objetividad.

El H1N1 surgió como un virus desconocido y contagioso que despertó temor y curiosidad en la opinión pública, lo que a su vez hizo que se convirtiera en el foco de atención de los medios de comunicación y, en consecuencia, de los gabinetes de prensa gubernamentales.

Este interés social originó también la producción de múltiples contenidos bibliográficos, tanto mediáticos como científicos, por lo que era necesario concretar la investigación para que ésta aportara valor a lo estudiado por otros autores.

De este modo se decidió analizar la comunicación realizada durante la crisis sanitaria desde el mes de abril del año 2009 al mes de enero del año 2010, a través de las noticias publicadas en dos cabeceras de prensa escrita y de las declaraciones de los protagonistas activos de la acción comunicativa de la misma, dándole además un doble enfoque: nacional y autonómico.

Así se eligieron los siguientes objetos de estudio materiales: *El País*, *El Norte de Castilla*, el Ministerio de Sanidad, la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y el Centro Nacional de la Gripe, y se concretaron en el análisis de 605 noticias y nueve entrevistas. Este material se presenta precedido de un marco teórico en el que se abordan conceptos como salud pública y crisis, se analizan los procesos comunicativos y se profundiza en la gripe A desde un punto de vista epidemiológico y cronológico.

El resultado fue la obtención de conclusiones como las siguientes:

La salud es uno de los temas que más preocupan a los españoles, por lo que las crisis sanitarias como la gripe A adquieren un gran protagonismo en los medios, quienes no siempre son responsables y se alejan de los mensajes de tranquilidad con titulares alarmistas.

Las fuentes de información periodística principales fueron la Administración y las autoridades sanitarias y no las personas afectadas por la enfermedad. Estos últimos son protagonistas de las noticias, pero no fuentes de las mismas.

El trabajo de los gabinetes de prensa sanitarios durante la gripe A se basó en las premisas de corrección, transparencia y disponibilidad, lo que facilitó la confianza y el trabajo en equipo de estas entidades con los medios de comunicación a la hora, por ejemplo, de transmitir información de servicio.

Ante el nacimiento de una crisis sanitaria es más importante analizar las consecuencias de ésta que sus causas y los periodistas no se marcan como objetivo principal la búsqueda de los responsables de la misma.

Las informaciones publicadas se centran sobre todo en el ámbito nacional e integraron términos que buscaban sensibilizar al lector. Estas, además, no suelen estar firmadas por los redactores de los periódicos, siendo habituales otras autorías como las colaboraciones de expertos o las informaciones de agencia.

## **ABSTRACT**

This thesis aims to analyze the way communication works in a health crisis, namely the influenza. This disease is one of the most covered by the media lately and the time after its peak is enough to approach this topic from a well-grounded perspective.

The previously unknown and contagious H1N1 virus raised the public opinion's fear and curiosity, leading up to a priority attention granted by the media and, consequently, by the Governmental press offices. This social interest fostered a lot of content regarding this issue, so this research aspires to bring added value to these contributions.

In order to do so, this health crisis communication was studied from April 2009 until January 2010 by means of a content analysis of the news stories published in two newspapers and by in-depth interviews with some of the main protagonists in this process. This approach also combined the national focus with the regional scope.

*El País* and *El Norte de Castilla* were the two newspapers under observation, whereas the Health Council of the Regional Government of Castilla y León and the National Centre of Influenza became the two selected actors for exploring their communication strategies and tactics around this crisis, leading to a corpus of 605 news stories and nine interviews. All this empirical support is preceded by a theoretical background where concepts like public health or crisis are central, where the main communication processes are reviewed and where an epidemiologic and chronologic presentation of the influenza is provided to the readership.

Among the main findings of this research, health is confirmed as one of the most important problems for the Spanish society, leading to a central presence of these crises in the media, who not always play a responsible role with their coverages, as they sometimes stay away from moderated messages and publish alarm headlines. The main news sources were the political representatives and the health authorities, instead of the people affected by the



disease. This collective was more reported as news' characters, instead of news' sources.

The press offices of health administrations was based during the influenza crisis on the premises of correction, transparency and availability, building up trust and collaboration between these cabinets and media when it comes to publishing services' information.

Facing a health crisis, it seems more important to present its consequences than its causes, while journalists do not establish as their main goal to point out who are the responsible ones. Published reports privileged the national scope and stayed partially away from objectivity by using adjectives appealing to the readers' emotions. Moreover, most of the news stories are not signed up by journalists, with a high presence of external experts' collaborations or news reports coming from agencies.

## **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo de investigación nace con el objetivo de analizar cómo funcionan los mecanismos de **comunicación de crisis** ante el surgimiento de un problema sanitario.

Para ello, hemos escogido como base de nuestro estudio una de las crisis sanitarias más mediáticas de los últimos años: la **gripe A**. Y la hemos estudiado desde una doble perspectiva: nacional y autonómica, con el fin de alcanzar una imagen global de cómo se gestionó la comunicación sobre este tema en el territorio español.

La Comunidad autónoma que hemos elegido ha sido **Castilla y León** debido a que la autora de este trabajo formaba parte del equipo de comunicación del sistema sanitario de la misma durante el boom mediático de la gripe A en **España** y, por lo tanto, tenía conocimientos sobre el tema y fácil acceso a la información y personas relevantes del proceso.

El trabajo quiere, además, ofrecer todos los puntos de vista posibles sobre nuestro objeto de estudio, pero centrándose siempre en el análisis de la comunicación. Por lo que, aun prestando atención a los aspectos científicos y políticos de la mencionada crisis, el centro del estudio es la labor desarrollada por los periodistas tanto de los **gabinetes de prensa**, como de los **medios** de comunicación.

Para combinar estos focos de interés comunicativo con los dos enfoques geográficos planteados, se eligieron instituciones y medios tanto estatales, como castellanos y leoneses como protagonistas de la investigación. Quedando fijados, por lo tanto, como puntos de estudio los gabinetes de prensa del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León; y las cabeceras de periódicos generalistas con mayores audiencias en ambos entornos: *El País* y *El Norte de Castilla*.

Así, y tras establecer las metas y bases de nuestro trabajo, la investigación ha sido estructurada en tres grandes partes:

- **Planteamiento de la investigación:** aquí se presenta el objeto de estudio y descubrimos qué aporta nuestra investigación a la comunidad científica tras repasar qué es lo que ya se ha escrito sobre la gripe A. Además, en esta parte se plantean también los objetivos de nuestro trabajo y se establece la metodología empleada para alcanzarlos.
- **Realización de la investigación empírica y análisis de datos:** llevada a cabo desde una doble perspectiva. Por una parte se llevan a cabo y analizan entrevistas realizadas a los algunos actores implicados en la gestión comunicativa de la gripe A en España y la Comunidad de Castilla y León y, por otro lado, se estudian las noticias publicadas en los dos periódicos escogidos durante la presencia de la enfermedad en el país. Es decir, entre los meses de abril de 2009 y febrero de 2010.
- **Cierre de la investigación:** donde se incluyen las conclusiones que buscan dar respuesta a las preguntas de investigación que han guiado este trabajo y a los objetivos que se han planteado; así como las fuentes y anexos utilizados para el desarrollo del mismo.

# ***PRIMERA PARTE - Planteamiento de la investigación***

## **1. OBJETO DE ESTUDIO**

Esta investigación estudia cómo abordaron los medios de comunicación el surgimiento de una situación de crisis y, más concretamente, ante una **crisis de carácter sanitario** como fue la aparición de la gripe A.

En el año 2009 se declaró en México un nuevo y desconocido tipo de gripe que, tras pasar por varias denominaciones (como ‘gripe porcina’, ‘gripe mexicana’, ‘gripe hispana’ o ‘gripe TexMex’) se nombró como **gripe A H1N1** (esto se comprueba, por ejemplo, con el nombramiento que se le atribuye en el portal dedicado a la epidemia del Ministerio de Sanidad, al que hacemos referencia en este mismo párrafo). Este problema de salud fue definido por el Ministerio de Sanidad y Política Social como *“una enfermedad que afecta desde la antigüedad a las personas y a otras especies animales (aves, cerdos...) y que causa epidemias cada año, principalmente durante los meses de invierno. Esta enfermedad la producen distintos tipos de virus que además pueden combinarse entre ellos dando lugar a una nueva gripe, como es la gripe A”* (<http://www.informaciongripe.es/>) y provocó múltiples contagios y víctimas en México para, posteriormente, empezar a expandirse por otros países.

Este hecho y el desconocimiento existente sobre la peligrosidad del nuevo virus, hizo que la **opinión pública** y los **medios de comunicación** se interesaran ávidamente por este tema y surgiera la alarma. Las noticias de lo que sucedía en Latinoamérica llegaron de un extremo al otro del mundo de manera instantánea gracias a las nuevas tecnologías de la comunicación y esta inmediatez causó, en parte, la crisis sanitaria.

Para explicar, por lo tanto, esta crisis sanitaria es necesario tener primero en cuenta **la importancia que la comunicación tiene en la vida**

**social actual** lo que se refleja, por ejemplo, en las palabras de Ángel Losada Vázquez:

*“La comunicación es un elemento esencial de la dimensión social del ser humano. Diferentes estudios muestran que alrededor del 70% de nuestro tiempo útil lo dedicamos a los cuatro procesos básicos de la comunicación: leer, escribir, hablar y escuchar. De ahí la necesidad de que la creación, desarrollo y mantenimiento de cualquier proceso materializado dentro del mundo social cuente con la comunicación como un factor decisivo para que ese proceso se complete con éxito” (Losada, 1998: 29).*

Y no hay duda de que, por lo tanto, el desarrollo de una crisis sanitaria dependerá, en gran medida, de cómo se gestione la comunicación a propósito de la enfermedad y su evolución.

Además, hay que tener en cuenta que las amenazas médicas siempre generan una **cantidad ingente de información** y llenan multitud de páginas y minutos en las programaciones de prensa, radio y televisión por dos motivos:

- Los elevados niveles de alerta y preocupación que generan entre la población: la salud propia y la de las personas queridas es uno de los temas que más preocupan a los seres humanos y, por eso, cualquier cosa que la haga peligrar crea un sentimiento generalizado de nerviosismo, temor y ansiedad que provoca que la audiencia demande información constante sobre el tema. La gente necesita saber la evolución de la enfermedad, los contagios y las víctimas de la misma y, por supuesto, se exige conocer también cuáles son las medidas que las autoridades sanitarias y gubernamentales están tomando para frenarla y cómo deben actuar ellos en el caso de verse afectados. No hay nada que aterrorice más que lo desconocido.
- La alarma que generan en las entidades públicas o privadas que se ven involucradas en el problema: las empresas, instituciones o gobiernos valoran cada vez más su imagen corporativa, siendo éste uno de sus principales activos. En un mundo audiovisual como el actual, la imagen adquiere una importancia muy relevante y lo que una agrupación

transmite es clave en la confianza y apoyo que sus usuarios, clientes, consumidores o beneficiarios le van a conceder en el futuro para poder continuar con su actividad:

*“La comunicación nunca ha sido tan importante como ahora para el cumplimiento de las estrategias generales de todo tipo de organizaciones, debido a la creciente aceleración del cambio social que estamos viviendo y frente al cual se constituye como irremplazable instrumento de gestión”* (Martínez, 1996: 115).

Por todo ello cuando surge una crisis es fundamental que se atenúen los efectos negativos de la misma, para tratar de convertir así el problema en una oportunidad para reposicionar el nombre de la institución y fortalecerla.

Esta situación se agrava aún más cuando la amenaza es de carácter sanitario, porque a los ciudadanos les va a ser muy difícil volver a confiar en una entidad que ha puesto en peligro su salud. Y, en consecuencia, es esencial demostrarles que se sabe reaccionar ante esa circunstancia y que se están poniendo en marcha todas las medidas posibles para controlar y minimizar sus consecuencias negativas. El silencio, solución ante otras situaciones de crisis, no es una opción ante un problema sanitario; y uno de los mejores altavoces con que cuentan estas instituciones para llegar a su público son los medios de comunicación.

Todo esto se puede comprobar si echamos la vista atrás en la historia más reciente de los medios españoles. Si lo hacemos nos damos cuenta de que, por ejemplo, **tres de las crisis sanitarias que más repercusión han tenido** en los medios en los últimos años han sido: la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (conocida comúnmente como *‘Mal de las vacas locas’*), de la que se comenzó a hablar en 1995 y que estuvo muy presente en los medios de comunicación hasta el año 2008; la gripe A (virus H1N1), entre 2009 y 2010; y la epidemia mundial de ébola en 2014 y 2015. Estas situaciones generaron miles de noticias en todo el mundo que, los oyentes, lectores y televidentes, siguieron con gran interés y que, además, se prolongaron en el tiempo durante muchos meses.

A su vez, todo esto debería generar una obligación en los medios de comunicación: desarrollar una **labor responsable y comprometida** con el bien común de los ciudadanos (no alarmar, transmitir un mensaje de serenidad y facilitar la solución del problema en lugar de agravarlo).

Ante esta situación se abre un interesante y amplio campo de investigación basado en la pregunta: **¿cómo recogen los medios de comunicación las informaciones vertidas por todos los colectivos implicados en una crisis sanitaria?**

Sin embargo, este tema de estudio es amplísimo y se hace necesario concretarlo en algo abarcable y que pueda arrojar conclusiones útiles. Por lo tanto, lo primero es seleccionar la crisis sanitaria que queremos investigar y, basándonos en la idea de escoger un problema reciente para poder obtener conclusiones aplicables a la realidad informativa actual, elegimos la **gripe A**.

Como ya se ha dicho ésta ha sido una de las crisis sanitarias con mayor presencia en los medios de comunicación de los últimos años. Y, a pesar de que posteriormente ha habido otras como, por ejemplo, el surgimiento de un brote de salmonella *poona* en algunos lotes de leche infantil, la dispersión de la bacteria *escherichiacoli* entre la población alemana (ambas en 2011), o las epidemias de cólera y ébola en activo en 2014 y 2015; consideramos que el virus H1N1 es la mejor opción para realizar un análisis de estas características por dos motivos. En primer lugar porque ha tenido más repercusión mediática que la salmonella *poona* o la bacteria *escherichiacoli*. Y, en segundo lugar, porque ha pasado el tiempo suficiente desde la finalización de la alarma social en torno a la enfermedad como para que las conclusiones obtenidas sean fiables y objetivas.

No obstante, tras haber elegido la crisis sanitaria en la que queremos profundizar, sigue siendo necesario acotar aún más el tema y, para ello, se han tenido en cuenta cuatro criterios básicos:

- Tiempo y coste de la investigación
- Accesibilidad de la información
- Fácil manejo de los medios de comunicación a analizar

- Cercanía de las fuentes

Teniendo en cuenta estos criterios, la investigación se ha centrado en:

- **Prensa escrita:** por la facilidad de su manejo
- **Dos cabeceras que representaran nuestros ámbitos de interés:** nuestro estudio está enfocado al análisis y comparación del tratamiento de la información sobre la gripe A realizando en los medios nacionales y regionales. Por lo que necesitábamos escoger dos periódicos, uno de tirada y contenido de carácter nacional y otro autonómico. La región escogida para ello fue Castilla y León, tal y como indica el título de nuestra investigación. Elegimos esta Comunidad por ser una de las más grandes de España en extensión y número de provincias y, sobre todo, por la facilidad de la que disponíamos para acceder a las acciones comunicativas, documentos y noticias producidas en la misma durante la crisis sanitaria. Esto es debido a la participación activa que la investigadora tuvo en el proceso de comunicación desarrollado desde Castilla y León frente a la gripe A, al trabajar en el gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad del Gobierno regional.

En consecuencia, los dos periódicos escogidos han sido ***El Norte de Castilla y El País***, ya que son el diario nacional y el diario castellano y leonés que más lectores tienen. Esto se puede comprobar con los datos obtenidos por los análisis de la realidad mediática española que realiza cada año la Asociación para la Investigación de los Medios de Comunicación (AIMC) y que se materializan en el Estudio General de Medios (EGM). Si observamos tanto la oleada publicada en el mismo momento en que se estaba produciendo la pandemia de gripe A (correspondiente al intervalo de tiempo de abril de 2009 a marzo de 2010), como una de las más recientes (de abril de 2014 a marzo de 2015), llegamos a las mismas conclusiones, presentes en ambos documentos:

- *El País* es el periódico generalista con mayor número de lectores, sólo superado por el periódico deportivo *Marca*.
- *El Norte de Castilla* es el periódico de tirada regional (de Castilla y León) con mayor número de lectores. Por delante de él hay periódicos



nacionales, como *El Mundo* o *La Razón*, que poseen delegación territorial en Castilla y León y realizan tiradas especiales para las comunidades autónomas, pero ninguno que sea íntegramente de carácter autonómico o local.

- **Acotación temporal:** se han estudiado todas las noticias aparecidas entre **abril de 2009** y **enero de 2010**: nuestra investigación debía abarcar todo el periodo de interés informativo relacionado con la gripe A para poder ofrecer, a través de ella, una imagen completa de lo sucedido con la gestión comunicativa de la misma. Y, por eso, el estudio debía de comenzar en el mes en que surgieron las primeras informaciones que llegaron a España sobre la enfermedad (26 de abril de 2009) y finalizar en el momento en que la gripe A pasó a valorarse del mismo modo que la gripe estacional, perdiendo así relevancia en los medios de comunicación en enero de 2010. Esta pérdida de presencia del virus H1N1 en las páginas de los periódicos a finales de 2009 y comienzos de 2010 se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 1 Noticias Gripe A**

<b>Total de noticias publicadas sobre la gripe A (en los dos periódicos seleccionados)</b>	
Abril 2009	37
Mayo 2009	92
Junio 2009	37
Julio 2009	135
Agosto 2009	79
Septiembre 2009	101
Octubre 2009	38
Noviembre 2009	52
Diciembre 2009	15
Enero 2010	19

Fuente: elaboración propia

Así, finalmente y siguiendo todo el razonamiento planteado, la formulación definitiva de nuestro trabajo quedaría así: ***“Comunicación de crisis en los gabinetes de prensa sanitarios. Tratamiento de la información de la gripe A en España y Castilla y León”***.



## **2. ESTADO DEL ARTE**

En primer lugar se ha llevado a cabo un trabajo descriptivo de revisión de la producción académica y científica de este tópico de investigación a fin de sintetizar conocimientos, actualizar el estado de la cuestión, conocer las tendencias y las líneas de investigación, así como precisar la aportación de este trabajo de tesis doctoral.

Y para ello hemos analizado tanto las tesis doctorales publicadas con anterioridad con esta temática, u otras relacionadas directamente con la misma, como los artículos escritos sobre la gripe A por parte de profesionales del mundo de la comunicación o la salud.

No obstante, y teniendo en cuenta que la gripe A fue un tema social que preocupó a muchos más sectores sociales que el académico y científico propiamente dichos, hemos querido ampliar nuestro campo de estudio y analizar también las publicaciones editoriales y electrónicas realizadas sobre el tema.

La enfermedad preocupaba a los ciudadanos y estaba presente en la agenda de los medios de comunicación y, en consecuencia, despertó el interés del mundo editorial, ya que había audiencia y mercado interesado en ella. Esto hizo que se publicaran diversos libros sobre la gripe A, especialmente, durante los meses de máximo interés social sobre el tema (de abril a diciembre de 2009) y hemos estudiado estos textos para saber qué podían aportar a nuestro trabajo de investigación.

Finalmente, en pleno siglo XXI, no podíamos ignorar la comunicación digital a la hora de elaborar un estado del arte completo, por lo que hemos estudiado también cuál fue la producción textual sobre el virus H1N1 en la blogosfera de internet como punto final a este capítulo.

## 2.1 La gripe A analizada por el mundo académico y científico.

La gripe A y la comunicación realizada en torno a ella son temas que han suscitado mucho interés entre la comunidad investigadora. Y, por lo tanto, era importante saber qué se había escrito sobre ello antes de comenzar nuestra investigación, con el fin de asegurarnos de que nuestro trabajo podía enriquecer el conocimiento existente sobre el tema aportando datos e informaciones nuevas.

Para ello, recurrimos a la Base de datos de Tesis Doctorales (TESEO), del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y realizamos una búsqueda para conocer aquellas tesis doctorales que podían estar relacionadas, de algún modo, con nuestro objeto de estudio.

Con el fin de asegurarnos de obtener todos los resultados de interés, realizamos dos búsquedas, con la fórmula ‘frase exacta’, de todas aquellas publicaciones que en su título, su resumen o ‘abstract’ o en ambos contuvieran las palabras ‘gripe A’, o bien, ‘gripe pandémica’.

El objetivo de esta acción era centrar lo máximo posible la meta de nuestra investigación y comprobar su aportación científica, por lo que el utilizar el método de búsqueda ‘frase exacta’ tenía el objetivo de eliminar de nuestro criterio de selección comparativa todas aquellas tesis doctorales que versaran sobre la gripe estacional o cualquier otro tipo de gripe que no fuera el que nos ocupa: la gripe A (H1N1).

De este modo obtuvimos una selección de **20 investigaciones nacionales** que resultaban de interés para la nuestra, y de su análisis obtuvimos varias conclusiones.

La primera de ellas es que todas las tesis, menos una de la que hablaremos más adelante, abordan el tema de la gripe A como enfermedad. Es decir, hablan del virus y sus procesos médicos propiamente dichos, y no estudian la comunicación que se derivó de su existencia o, lo que es lo mismo, se preocupan de la enfermedad y no de los que se dijo de ella. Siendo precisamente éste último, el punto principal de nuestra investigación.

Por lo tanto encontramos tesis que tratan la temática desde el punto de vista **epidemiológico**, centrándose sobre todo la composición y evolución viral de la misma. Estos estudios profundizan asimismo en el concepto de pandemia, tal y como se comprueba en sus títulos:

- Análisis de la temporada gripal 09/10 y del impacto del virus pandémico AH1N1 2009 en Castilla y León.
- Detección de gripe y de otros virus respiratorios durante un periodo pandémico y postpandémico de nueva variante de gripe.
- Gripe A pandémica H1N1 2009 en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid: estudio epidemiológico y papel de la carga viral.
- Reconstitución in vivo e in vitro de los procesos de transcripción - replicación del virus de la gripe a partir de genes clonados: análisis mutacional de la subunidad PB2 de la polimerasa viral.
- Detección de gripe y de otros virus respiratorios durante un periodo pandémico y postpandémico de nueva variante de gripe.
- Inmunopatogénesis de la gripe pandémica del 2009.

Otras investigaciones abordan la enfermedad desde un enfoque de carácter **clínico**. Estos textos están enfocados fundamentalmente al diagnóstico de la misma, su tratamiento y sus consecuencias para la salud de determinados grupos poblacionales (pacientes ingresados, niños, personas trasplantadas...):

- Utilidad de los datos clínicos de la gripe para el diagnóstico y control de pacientes atendidos en atención primaria.
- Nuevos métodos diagnósticos para la detección de virus emergentes en población pediátrica.
- GripA (H1N1) PDM09: malaltia moderada i greu en el pacient pediàtric. Utilitat de la càrrega viral com a biomarcador de gravetat.
- Características, evolución y tratamiento de una cohorte de pacientes hospitalizados con gripe pandémica (H1N1) 2009.

- Infección por el virus Influenza A (H1N1) PDM09 y otros virus influenza en pacientes receptores de trasplante de órgano sólido.
- Gripe Pandémica de 2009. Evaluación de los métodos para el diagnóstico del Virus Influenza A (H1N1) 2009 y caracterización de la infección neumocócica asociada.
- Características clínicas y epidemiológicas de los niños hospitalizados por infección por virus influenza durante la pandemia del año 2009 en Guipúzcoa. Comparación con la época prepandémica y postpandémica.
- Análisis del grado de adherencia al tratamiento antivírico durante la pandemia de gripe (H1N1) del 2009 y el periodo postpandémico 2010-2011 en las unidades de cuidados intensivos españolas.

Además hay un tema que, dentro de estos análisis médicos de la enfermedad, requiere una mención especial por su presencia en las tesis analizadas: las **vacunas antigripales**. Fue un aspecto de la gripe A muy analizado, tal y como se comprueba en los siguientes títulos:

- Evaluación de la efectividad de la vacuna antigripal: diseño de casos confirmados por laboratorio y controles negativos a la gripe.
- Aceptabilidad de la inmunización contra la gripe pandémica AH1N1 en diferentes poblaciones de la provincia de Alicante.
- Modelos mixtos para medir la eficiencia de las intervenciones sanitarias: el caso de la inmunización frente al influenza virus, en el medio laboral.
- La farmacovigilancia de vacunas en la Comunidad Valenciana y su impacto en los programas de vacunación.

Por lo tanto, y tal y como podemos observar en este breve análisis de las tesis publicadas en España sobre la gripe A, el tema de la comunicación realizada durante la pandemia no ha sido tratado en más que en una ocasión. Este caso es el de la tesis de Javier Nespereira titulada “**Estrategias discursivas en la comunicación de crisis sanitarias (retórica y teoría de la argumentación): el caso de la gripe A en 2009**”. Siendo esta, por lo tanto, la investigación que más puntos en común puede tener con la nuestra.

No obstante, a pesar de las similitudes aparentes en un primer momento, este trabajo aborda el concepto de comunicación desde una perspectiva totalmente diferente a la nuestra. Nespereira analiza la base discursiva de esta crisis sanitaria, es decir, la retórica, expresiones y argumentaciones utilizadas para transmitir el conocimiento existente sobre la misma; y no su comunicación mediática. Profundiza en el interior de los diferentes géneros discursivos y no protagoniza su exposición el uso que hacen de ellos los medios de comunicación de masas o los gabinetes de prensa, dando un enfoque más lingüístico que social.

En consecuencia, la comunicación de crisis sanitaria establecida durante la gripe A entre los gabinetes de prensa, los medios de comunicación y los ciudadanos -tema que centra nuestra investigación- no ha sido abordada por ninguna tesis nacional.

Además, nuestro trabajo presenta otro aspecto original que no ha sido explotado científicamente en los demás trabajos: las diferencias y similitudes existentes entre el **tratamiento comunicativo regional y nacional** que se hizo de la enfermedad.

En las tesis mencionadas se aborda la temática desde un punto de vista nacional, o bien, centrándolo en una zona geográfica concreta (Alicante, Valencia, Guipúzcoa...), pero en ningún caso se hace desde ambas.

La investigación que más geográficamente se acerca a la nuestra es la de Alberto Pérez titulada “**Análisis de la temporada gripal 09/10 y del impacto del virus pandémico A H1N1 2009 en Castilla y León**” pero, como ya hemos explicado, trata el tema desde el punto de vista epidemiológico y no comunicativo. No obstante, es un documento de interés para el marco teórico de nuestro estudio y, de hecho, se contó con su autor para la presentación de la enfermedad que realizamos más adelante.

Por otro lado, hemos de señalar también que la gripe A es un tema que se ha analizado en profundidad a través de artículos científicos de todo el mundo. Aunque nosotros nos referiremos sólo a aquellos que están escritos en **español**, puesto que ese es el ámbito geográfico de nuestro trabajo y, por lo tanto, sabremos qué es lo que nuestra investigación aporta a la comunidad



científica comparándola con aquellos textos que ya existen y que se encuadran en el mismo contexto. Y, concretando aún más, con aquellos que versen sobre cómo se vivieron, tanto los ciudadanos como los medios de comunicación, la crisis sanitaria en nuestro país, ya que al ser el español un idioma hablado también en gran parte del continente americano debemos descartar documentos como los siguientes (en los que se trata una temática común, pero no se analiza dentro de ámbito geográfico que nos ocupa):

- “La pandemia del miedo: Telediarios y la gripe A (H1N1) en Ecuador y Brasil”. María del Carmen Cevallos y Luisa Massarani.
- “¿Cómo informaron los medios de comunicación sobre la influenza AH1N1 en Perú? A. Palpan-Guerra.

Con estos criterios, utilizamos como estrategia de búsqueda la revisión, en la herramienta digital ‘Google Académico’, de todos los textos que incluyeran el descriptor ‘gripe A’ y encontramos más de 3.500 resultados. Por ello, decidimos modificar la estrategia y acotar exactamente lo que nos interesaba buscar.

Los trabajos que podían aportar algo a nuestra investigación eran aquellos relacionados con la **comunicación** y, cuya parte práctica estuviera centrada en los medios de comunicación escrita. Y, para localizarlos, modificamos los descriptores usados en nuestras búsquedas, eligiendo los siguientes para reducir nuestro campo de interés:

- “Gripe A” + “comunicación”: 1.640 resultados.
- “Gripe A” + “prensa”: 1.000 resultados.
- “Gripe A” + “medios de comunicación”: 928 resultados.

No obstante, como nos ocurrió en el caso de las tesis doctorales, muchos de estos documentos tratan la gripe A o sus aspectos comunicativos de **manera secundaria**, dentro de otra temática más amplia que en la que se centran. Como, por ejemplo, los titulados:

- “Análisis de los temas sanitarios publicados en dos periódicos digitales “. A. Rico Cano.

- “Cuando la salud es titular: dengue, gripe AH1N1 y ciclos mediáticos epidémicos”. Silvio Waisbord.
- “Necesidad de una información sanitaria de calidad: análisis de las noticias sobre salud en la prensa vasca”. Idoia Camacho Markina, Carmen Peñafiel Saiz, Milagros Ronco López.
- “Educación para la salud en la prensa. Análisis de los diarios vascos y navarros”. Idoia Camacho Markina, Alazne Aiestaran, Lázaro Echegaray.

También encontramos artículos que, aun tratando la temática de la comunicación de la gripe A como aspecto central, siguen estando muy **alejados** de nuestro objeto de estudio por diferentes motivos. Estos son algunos ejemplos:

- “Comunicación Institucional Online: Un modelo para el análisis de usos y potencialidades de la web 2.0. El caso de la gripe A”. Teresa de la Hera Conde-Pumpido. Universidad de Santiago de Compostela.

Este artículo es un ejemplo de textos descartados por el canal analizado, ya que está centrado en la comunicación on-line y nuestro trabajo versa sobre prensa escrita.

- “Comunicación del lobby farmacéutico en el caso de la gripe A”. A Perea-Rodríguez.

Documento que ejemplifica los artículos descartados por el grupo de interés estudiado. El texto está centrado en la comunicación farmacéutica, mientras que nuestro estudio analiza la comunicación institucional y la información que llegó a la ciudadanía en general, sin especificar un sector concreto.

- **“De la comunicación de riesgos a la comunicación de crisis. La OMS en el caso de la gripe A (H1N1)”**. V Rocamora.

Al igual que en el caso anterior, es un documento demasiado específico aunque, en este caso, por el emisor que analiza. Está centrado únicamente en la comunicación realizada por la OMS, siendo nuestro objeto de estudio mucho más amplio.

Así y, tras realizar los descartes ya mencionados con un sistema de revisión y elección manual, se procedió a seleccionar aquellos artículos que realmente están relacionados con nuestra investigación recogiendo, finalmente, un total de **11 artículos** que han sido de utilidad para este trabajo.

Los documentos seleccionados han sido elegidos por dos motivos: 1) porque la temática sobre la que versan está próxima a la que se aborda en esta investigación de tesis doctoral (aunque con diferencias reseñables que señalaremos); y 2) porque tratan sectorialmente sobre alguno de los puntos que también se abordan en este estudio.

Así, dentro de los textos que tratan la temática sectorialmente encontramos aquellos artículos que abordan el **enfoque que los medios de comunicación** dieron a las noticias de la gripe A y, más concretamente, el análisis del tinte alarmista, exagerado o sensacionalista que la prensa otorgó a sus informaciones sobre la enfermedad. Estos serían los titulados del siguiente modo:

- “¿Sensacionalismo o divulgación? El discurso en titulares de prensa escrita española y gallega sobre la gripe A”. Carmen Costa Sánchez.
- “La responsabilidad informativa de la prensa ante una crisis sanitaria: el caso de la gripe A”. Sergi Cortiñas Rovira, Carles Pont Sorribes.
- “H1N1. Virus, discurso del riesgo y gestión mediática de la alarma sanitaria”. José Ignacio Lorente.

Encontramos una similitud relevante entre el primer artículo indicado y nuestro trabajo, ya que ambos analizan un medio nacional (*El País*) y uno regional, centrándose el artículo en la prensa gallega con el estudio de La Voz de Galicia. Sin embargo, tanto éste como los otros indicados tienen (además de la orientación geográfica) diferencias importantes que señalamos a continuación.

Una de las principales diferencias entre estos textos y nuestra investigación es que, en los dos primeros, se analizan los **titulares** de las noticias o los editoriales y portadas de los periódicos pero, en ningún caso, el texto completo de las informaciones publicadas, como sí se hace en nuestro

caso. Sus resultados son, por lo tanto, más limitados. En el caso del tercer texto listado no se hace un análisis pormenorizado de un grupo definido de noticias, sino que se habla de manera genérica sobre el tema y se aportan ejemplos puntuales.

Además, como hemos mencionado, en todos ellos se habla de un aspecto de peso en nuestro trabajo sobre la crisis sanitaria ya que, por supuesto, la visión de la información que emitían los periódicos analizados es un punto fundamental para analizar la comunicación que se realizó sobre el hecho en cuestión. Pero nuestro trabajo no se limita sólo a este aspecto, sino que trata de dar una visión más amplia del mismo estudiando, por ejemplo, cuáles eran las informaciones que les llegaban a los medios (actualidad, contexto, información institucional, información sanitaria...) para que estos, a su vez, transmitieran o no una sensación de alarma. Se trata el concepto de comunicación en toda su amplitud, siendo los medios de comunicación un aspecto de la misma y no el único a considerar.

No obstante, dentro de nuestra selección, hay dos artículos que sí amplían el estudio de los **agentes implicados en el proceso comunicativo** del que hablamos. Son los que siguen:

- “Gripe A (H1N1): promoción de la pandemia, falta de ética mediática y descrédito institucional”. Manuel Olmos Mas.
- “Estudio de la comunicación de lobby en el caso de la gripe A. Persuasión en la prensa escrita española”. Antonia Perea Rodríguez, Pedro A. Hellín Ortuño.

Estos textos analizan también la comunicación realizada por las **instituciones** (administrativas, sociales, científicas y médicas) en lugar de centrarse solo en la realizada por los medios de comunicación. Sin embargo, su objetivo es muy diferente al de nuestra investigación, ya que con sus análisis quieren descubrir los intereses ocultos tras las técnicas de comunicación empleadas (fines económicos de las empresas farmacéuticas, por ejemplo) y no analizar el proceso comunicativo en sí mismo, como es nuestro caso.

Asimismo dentro de este grupo de artículos, con los que compartimos un aspecto del análisis, encontraríamos también otros que hablan de las **consecuencias de la comunicación** realizada durante la enfermedad. Centrándose, una vez más, en sólo uno de los diversos aspectos del concepto de comunicación trabajados en nuestro estudio. Aquí encontraríamos títulos como:

- “Creencias, actitudes e influencia de los medios de comunicación en trabajadores sanitarios españoles durante la gripe pandémica A (H1N1) 2009”. José Tuells, Pablo Caballero y Andreu Nolasco.
- “Comunicación política y crisis sanitarias. El papel de la gripe A en la construcción del personaje retórico de Trinidad Jiménez”. Javier Nespereira.

Estas consecuencias podían ser de tipo sanitario, como en el caso del primer artículo, en el que se observa cómo los procesos comunicativos realizados durante la gripe A pudieron afectar a la postura que los profesionales sanitarios mantuvieron respecto a la inmunización contra la enfermedad. O bien, ser consecuencias de carácter político como sucede en el análisis del segundo artículo mencionado, en el que se aborda el papel que tuvo el discurso comunicativo y lingüístico del Ministerio de Sanidad en la formación de la imagen política que su máxima representante durante la pandemia, Trinidad Jiménez, tuvo tras la misma. La relevancia del papel desempeñado por la ministra en la crisis sanitaria es clave y nosotros también hablamos de ella en la investigación.

Además, hay que destacar que este artículo está escrito por **Javier Nespereira**, autor también de la tesis doctoral titulada ‘Estrategias discursivas en la comunicación de crisis sanitarias (retórica y teoría de la argumentación): el caso de la gripe A en 2009’ de la que ya hemos hablado en el apartado anterior.

Pero en ambos casos las consecuencias se trataban en los textos como una entidad absoluta y con total protagonismo, sin abordar otros aspectos de la crisis sanitaria como sus causas, sus características o los agentes implicados en ella, entre otros.

Por otro lado, dentro de los artículos que tratan el **mismo tema central** que nuestra investigación), encontramos cuatro títulos relevantes que, por su enfoque común con nuestro trabajo, merecen un breve comentario individual de sus características:

- “La gripe A (H1N1) en prensa”. R. Coronado Robles, D. Catalán Matamoros, E. Martínez González.

El planteamiento inicial es el mismo que presenta la parte práctica de nuestro trabajo: analizar las noticias publicadas sobre la gripe A por los periódicos de mayor tirada, para saber cómo se comunicó la crisis sanitaria en prensa. Sin embargo este artículo se centra únicamente en el ámbito nacional (el análisis que realiza es de los diarios *El País* y *El Mundo*) sin tratar, por lo tanto, la perspectiva de la información nacional en comparación con la regional.

Además, el abanico temporal que abarca este texto es muy reducido, ya que sólo estudia el mes de noviembre de 2009, con la intención de profundizar especialmente en las noticias publicadas sobre el comienzo de la campaña de vacunación. En consecuencia no da una imagen global de toda la crisis, centrándose sólo en una parte de ella.

- “Tratamiento informativo de una crisis de salud pública: los titulares sobre la gripe A en la prensa española”. Carmen Costa Sánchez.

Nuestra investigación comparte con este trabajo la temática central y, también, la comparación realizada entre el tratamiento nacional y regional de las informaciones sobre la gripe A, analizándose así el mismo periódico nacional (*El País*) y variando la comunidad autónoma de interés. Carmen Costa estudia Galicia a través del periódico *La Voz de Galicia*.

Este trabajo difiere del nuestro, además, tanto en el aspecto temporal como en la unidad de análisis elegida. El artículo analiza sólo el primer mes informativo tras la llegada del virus H1N1 a España (25 de abril a 25 de mayo de 2009) y se centra en el estudio de los titulares de las noticias y no del texto completo. Dando, en consecuencia, una visión de la crisis sanitaria mucho más sesgada que la nuestra.

- “La ‘gripe A’, en la prensa española”. Idoia Camacho Markina.

El objetivo de este artículo es, según se explica en el propio texto, *“estudiar el tratamiento informativo que la prensa escrita diaria española ha hecho del brote de epidemia del virus de influenza A (H1/N1)”* Camacho (2009), motivo por el que lo hemos seleccionado por sus puntos en común con nuestra investigación.

Pero, una vez más, el texto se aleja de nuestro enfoque temporal y geográfico al estudiar sólo la primera semana informativa tras la llegada del virus H1N1 a España y centrarlo en los periódicos más importantes de tirada nacional. Es el artículo seleccionado que menos recorrido temporal tiene pero, en cambio, es el que más medios analiza. En él se estudian las noticias completas publicadas por *El País*, *El Mundo*, *ABC*, *La Vanguardia* y *La Razón*.

Y, al igual que en nuestro análisis práctico se estudian tanto el contenido textual, como otros aspectos de la información como el autor, las fotografías, el tamaño y colocación de la información dentro del periódico y página, las fuentes empleadas o el género periodístico.

- “Los encuadres sanitarios en prensa española: el caso de la gripe A y la bacteria E.Coli”. Paloma López Villafranca.

En este artículo se establece una comparación, pero no entre la comunicación nacional y regional (como en nuestro caso), sino entre dos crisis sanitarias diferentes: la gripe A y la bacteria E.Coli.

Su enfoque es, por lo tanto, diferente al nuestro. Pues aun analizando la manera en que la prensa trató al virus H1N1, se centra en el concepto de crisis sanitaria desde una visión más amplia al aportar dos ejemplos del mismo y no sólo uno.

No obstante este artículo ha sido seleccionado porque tiene un importante punto en común con nuestra investigación que se explica así en su texto:

*“Se ha comprobado de este análisis el reflejo en prensa de dos crisis sanitarias con un enfoque muy distinto, propiciado por las fuentes institucionales y oficiales que han resultado ser las principales*

*portadoras de información frente a las fuentes científicas o sanitarias, con escasa relevancia para la prensa". López (2012).*

Es decir, se fija también en el papel desempeñado por los gabinetes de prensa y no sólo en el de los periodistas de los medios de comunicación, siendo éste precisamente uno de los pilares de nuestro trabajo.

## **2.2 La gripe A analizada por el mundo editorial**

El mundo editorial también se interesó por la gripe A y se han escrito numerosos libros en español sobre esta temática, especialmente durante el desarrollo de la propia crisis sanitaria en España (es decir a lo largo del año 2009) y con algunas excepciones en los años posteriores, siendo el último libro publicado el titulado "Qué pasó con la gripe A" de Martínez Olmos en el ejercicio 2014, del que hablaremos más en profundidad en este mismo apartado.

Sin embargo todos estos libros, menos uno (en el que profundizaremos más adelante en este mismo apartado) tuvieron carácter de divulgación científica centrada en una temática **clínica**, es decir, enfocada a los aspectos médicos de la enfermedad.

La mayoría tenían como objetivo dar a conocer el virus entre la población. Con el fin, además, de fomentar la **prevención** del mismo (enumerando las medidas que se debían tomar para evitar el contagio) y resolviendo las dudas más populares que surgían sobre la enfermedad como, por ejemplo: ¿es más grave la gripe A que la estacional?, ¿cuáles son los grupos de riesgo?, ¿cómo y por qué deben lavarse las manos?, ¿cómo se cura?, ¿hay que ponerse mascarilla si estamos enfermos?, etc.

Por eso, muchos de estos libros utilizaron la fórmula pregunta-respuesta en sus textos; y, por eso también, la mayoría fueron publicados durante la propia pandemia. Su nacimiento a lo largo del año 2009 se debió por lo tanto a la necesidad de extender las medidas preventivas entre los ciudadanos, pero también se eligió ese momento para su salida a la venta porque la gripe A



estaba ‘de moda’ y era un buen momento para aprovechar mercantilmente el interés mediático que despertaba la enfermedad.

Destacamos algunos de los libros que cumplieron con las premisas mencionadas:

- **Gripe A: sin lugar a dudas.** Joaquín Jordán Bueso. Universidad de Castilla La Mancha, 2009.
- **Gripe A: prevención para niñas y niños.** VV.AA. Alcalá Grupo Editorial, 2009.
- **Gripe A: 122 preguntas y respuestas a las cuestiones que más nos preocupan.** Antoni Trilla. CEAC, 2009.
- **Comprender la gripe A.** Josep Vaque, Amat Editorial, 2009.
- **La gripe “A”. 10 preguntas y 11 respuestas.** Teófila Vicente Herrero. Editors Carena, 2013.
- **Gripe A: las 145 preguntas que usted y su familia deben conocer para prevenirla.** VV.AA. Alcalá Grupo Editorial, 2009.

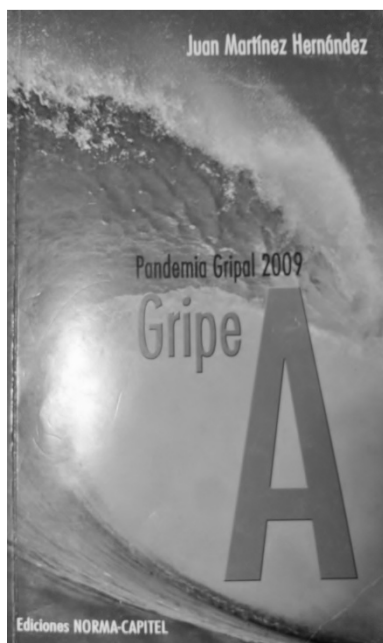
Asimismo hubo libros que, aunque versaban también sobre la prevención de la enfermedad tenían otro público objetivo y, en lugar de dirigirse a los ciudadanos, se orientaban a ayudar a evitar los contagios entre los **profesionales sanitarios**. Este colectivo era el grupo social que tenía un contacto más directo con los afectados y por lo tanto uno de los más propensos a contraer el virus H1N1 y, al mismo tiempo, eran profesionales necesarios para frenar la epidemia. Por lo tanto, mantenerlos sanos era importante. Si la alarma social hacía que la gente acudiera más de lo normal a los centros sanitarios y eso se unía con la posibilidad de que hubiera muchas bajas laborales entre sus trabajadores, podíamos llegar al colapso del sistema de salud. Por ello, había que asegurarse de que todos los profesionales supieran cómo protegerse del virus. Éste es un ejemplo de esas publicaciones:

- **Gripe A: guía de prevención para profesionales de la salud.** VV.AA. Alcalá Grupo Editorial, 2009.

En este listado de publicaciones observamos, asimismo, que varios de los títulos mencionados pertenecen a la misma editorial: Alcalá Grupo Editorial. Esto se debe a que esta compañía decidió publicar una serie de libros con los que abarcar todos los públicos objetivos que se podían interesar por la prevención de la enfermedad: madres o padres de niños (Gripe A: prevención para niñas y niños), adultos-población general (Gripe A: las 145 preguntas que usted y su familia deben conocer para prevenirla) y profesionales sanitarios (Gripe A: guía de prevención para profesionales de la salud).

Asimismo, hay que señalar que también hubo libros escritos a modo de **‘diario’ de la enfermedad**, es decir, que recogen la historia y desarrollo de la gripe A y cuentan cronológicamente lo sucedido. Esto no significa que el relato sea objetivo, ya que suelen incluir además opiniones de los autores, pero sí que logran narrar los principales hitos producidos durante la enfermedad.

Dentro de estas publicaciones hemos destacado dos por su interés como fuentes de datos y documentación sobre el desarrollo de la enfermedad. El primero de estos libros es:



## **Pandemia Grial 2009. Gripe A**

Juan Martínez Hernández. Editorial  
Norma-Capitel, 2009.

**Ilustración 1 Libro. Pandemia Grial 2009.  
Gripe A**

En este texto se da una visión global de la enfermedad abordando muchos de los puntos de interés de nuestro trabajo como los comienzos de la pandemia, la mortalidad de la misma, su expansión, los antivirales y vacunas, grupos de riesgo, contagios colectivos... etc. Y a la vez se tratan, aunque de manera indirecta, aspectos comunicativos de la crisis sanitaria como el papel que desempeñaron las entidades gubernamentales a la hora de tranquilizar a la población, o cómo se transmitieron las informaciones básicas sobre la enfermedad.

No obstante a este libro le falta por analizar el final de la gripe A, ya que fue escrito en el verano de 2009 y el virus H1N1 aún estaba en circulación en el territorio nacional cuando fue publicado.

El segundo libro que incluimos dentro de esta categoría de 'diarios' de la gripe A es:



**Ilustración 2 Qué pasó con la gripe A**

## **Qué pasó con la gripe A**

José Martínez Olmos. Editorial  
Amarppe, 2014.

Éste es el libro que más nos interesa de cara a nuestra investigación por varios motivos:

- Presenta un **enfoque amplio y completo** de la enfermedad. Está escrito tras finalizar la pandemia y, por lo tanto, ofrece una visión de lo ocurrido que incluye todas las fases de la enfermedad, desde su llegada a España hasta la mezcla de la gripe A con la estacional a comienzos de 2010.
- No está escrito desde un punto de vista clínico, sino desde una **orientación organizativa-administrativa**. Siendo este el enfoque que, junto con el mediático (o más bien por su relación estrecha con éste), el que más nos interesa para nuestro estudio.
- El autor vivió las decisiones gubernamentales y comunicativas tomadas por Gobierno español durante la gripe A en **primera persona**. Ya que Martínez Olmos es médico preventivista y, durante esta crisis sanitaria ocupaba el cargo del Secretario General de Sanidad del Ministerio de Sanidad y estuvo presente en todos los Consejos Interterritoriales y reuniones informativas relacionadas con el virus H1N1.

- Habla de **comunicación** a lo largo de todo el texto y, además, dedica al análisis del proceso comunicativo que se llevó a cabo durante la pandemia un capítulo entero.
- Es el único libro en el que se incluyen las opiniones, puntos de vista y testimonios de **los protagonistas** de la gestión de la crisis sanitaria. Punto fundamental (según nuestro criterio personal) para comprender lo sucedido, tal y como demostramos al incluir en nuestro trabajo el análisis exhaustivo de entrevistas realizadas a los personajes más representativos de la misma, coincidiendo incluso con las personas escogidas para la investigación (en el ámbito nacional, no en el regional), con las que aparecen en este libro de Martínez Olmos. A saber: Trinidad Jiménez, Maite Perea, M<sup>a</sup> Jesús García González y María Sahuquillo. Maite Perea es, además, de una de las entrevistadas, la persona que ayudó al autor con la redacción de este libro y trabajó, en 2009, en el gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad.

Este libro ha sido utilizado como documentación fiable para la redacción del marco teórico de nuestra investigación.

También hubo libros que, al igual que sucedía con las tesis doctorales y los artículos, trataron el virus H1N1 como un **apartado o ejemplo** dentro de una temática más amplia. Éste es el caso de los siguientes títulos, en los que se habla del concepto global de pandemia (haciendo alusiones a la gripe A y también a la gripe de 1918...) y de las enfermedades que se pueden contraer a través de los alimentos (gripe A, E.Coli...). Esta última publicación incluye esta enfermedad por la teoría inicial que hubo respecto a ella de que era un virus de origen porcino y que, por lo tanto, estaba presente en la carne de cerdo:

- **Pandemia.** Mónica Miller. Editorial Sudamericana, 2012.
- **Alimentos bajo sospecha.** Gustavo Duch. Los Libros del Lince, 2011.

Concluimos que, aun existiendo muchos trabajos editoriales que abordan de una manera u otra la enfermedad de la gripe A, apenas se trata en este formato la comunicación realizada en torno a ella, sólo los dos ejemplares

destacados aportan realmente información y datos de valor a nuestra investigación.

## 2.3 La gripe A analizada por el mundo digital

La presencia de la gripe A en los blogs fue menos prolífica que en las publicaciones de los formatos académicos, científicos y editoriales que ya hemos analizado, sin duda por el contexto cronológico.

No obstante, hay tres blog que queremos destacar y que estuvieron activos, prácticamente, el mismo tiempo que lo estuvo el virus H1N1 en España. Las últimas publicaciones sobre esta enfermedad realizadas en ellos datan de 2010, por lo que su periodo de actividad coincidió (con unos meses de diferencia) con el análisis que realizamos en nuestra investigación.

El primero de ellos fue el titulado **“Gripe A. Ante todo mucha calma”** (<https://gripeycalma.wordpress.com>). Este sitio fue una iniciativa original consistente en unir, en una sola web, las publicaciones que diversos blogs sanitarios hacían respecto a la gripe A. Por lo tanto, fue un proyecto colaborativo en el que participaron autores variados, pero todos ellos con perfil de experto en salud. Entre las personas que publicaron en este blog había médicos de familia, pediatras, farmacéuticos, residentes y estudiantes de medicina, epidemiólogos y microbiólogos. El último post fue publicado en septiembre de 2010.



Ilustración 3 Blog. Gripe A. Ante todo mucha calma

Otro de los blog relevantes fue **“Gripe Por A (H1N1)”** (<http://blog.h1n1.influenza.bvsalud.org/es/>), en el que el biólogo brasileño

Atila Lamarino hacía publicaciones sobre la enfermedad. El último post fue colgado el 15 de diciembre de 2010.



Ilustración 4 Blog. Gripe por A

Finalmente, queremos señalar las publicaciones digitales que realizó el periodista sanitario **Miguel Jara** en su blog (<http://www.migueljara.com/>). Este sitio web sigue en activo y, aunque no se dedica a hablar de la gripe A con exclusividad (trata otros muchos temas relacionados con la salud), sí que hizo una completa cobertura de la enfermedad que finalizó también en 2010, aunque posteriormente haya habido otras publicaciones puntuales sobre el tema como, por ejemplo, un post sobre el Tamiflú escrito en mayo de 2015.



Ilustración 5 Blog. Miguel Jara

## 2.4 Aportaciones de la investigación al estudio de la gripe A

Tras todo lo planteado en el apartado anterior, resumimos los aspectos novedosos que nuestra investigación aporta a lo ya escrito y estudiado por otros profesionales. Empezando por su enfoque central.

La mayor parte de los textos redactados, a lo largo de estos años, sobre la gripe A se centran en el análisis clínico y epidemiológico de la misma. Es decir, estudian la enfermedad hablando del virus H1N1 y su evolución médica (diagnóstico, tratamiento, consecuencias para la salud...). Por lo que se alejan completamente de nuestro objeto de estudio: la comunicación realizada en torno a la gripe A.

No obstante, por supuesto existen también estudios que han abordado el aspecto comunicativo de la crisis sanitaria, pero ninguno de ellos con las mismas características que esta investigación.

Algunos de ellos, como el firmado por Javier Nespereira, abordan la comunicación estudiando su base discursiva y centrándose, por lo tanto, en los aspectos retóricos, argumentativos y de expresión. De este modo se profundiza en el interior de los diferentes géneros de transmisión y no en el uso que hacen de ellos los medios de comunicación de masas o los gabinetes de prensa, motivo central de nuestro trabajo.

Existen, además, pocos trabajos que aborden el proceso comunicativo desde una doble perspectiva geográfica: regional y nacional. Y, aunque comparten parte del planteamiento realizado por nosotros para el caso práctico (el estudio de las noticias publicadas sobre la gripe A por los periódicos de mayor tirada) ninguno de ellos lo hace centrándose en la comunicación realizada en Castilla y León.

Asimismo, hay que señalar que los textos que sí que estudian el tema desde esta doble perspectiva son menos completos que nuestro trabajo. O bien por la unidad de análisis utilizada, ya que algunos de estos trabajos se centran solo en el estudio de los titulares de las noticias y no en su texto completo. O bien por la unidad temporal elegida, pues se suelen analizar periodos de tiempo más reducidos que el escogido por nosotros y que, por lo tanto, no abarcan la totalidad de duración de esta crisis sanitaria en España. Esto se debe a que los textos mencionados son artículos y no tesis doctorales, por lo que su extensión y capacidad de estudio es más reducida.

A las diferencias mencionadas hay que añadir el hecho de que nuestro trabajo completa el análisis de noticias emitidas por los periódicos, como ya



hemos mencionado, con otros aspectos que completan la visión del proceso comunicativo con aspectos como el contexto, los protagonistas o las fuentes de la información, entre otros. Logrando así analizar también la comunicación realizada por las instituciones (administrativas, sociales, científicas y médicas) en lugar de centrarse sólo en la desarrollada por los medios de comunicación.

Esta visión de conjunto de la comunicación de la gripe A diferencia también este trabajo de otros de carácter más específico que hablan de aspectos concretos de la crisis sanitaria como la comunicación on-line, la comunicación farmacéutica, la comunicación llevada a cabo por la OMS, los intereses políticos o económicos ocultos tras la comunicación o las consecuencias del proceso comunicativo.

Por último hay que señalar que, en muchas ocasiones el virus H1N1 es también un elemento secundario de las investigaciones. Como, por ejemplo, en aquellas que hablan de diferentes epidemias, procesos gripales o pandemias dentro de las cuáles la gripe A es una más. En nuestra investigación esta enfermedad es la protagonista absoluta.

### **3. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Preguntas de investigación**

Las preguntas de investigación son uno de los pilares fundamentales de cualquier tesis académica, ya que son el punto de partida del que arranca la investigación y permiten fijar los objetivos del trabajo.

Todos los pasos realizados, tanto en el marco teórico como en el práctico, tienen que ir encaminados a recopilar argumentos con los que poder responder de manera científica a las mencionadas preguntas. Y éstas, a su vez, deben mantener una línea de pensamiento coherente con la que nos interroguemos sobre un mismo campo mediante el estudio de las unidades de análisis que lo componen. Con ellas podemos por lo tanto abarcar distintas dimensiones de un mismo problema, pero sin desviarnos nunca de nuestro objetivo final.

Debido a su relevancia, la selección de estas cuestiones clave se ha realizado de manera reflexionada, empleando para su redacción el análisis pormenorizado de los supuestos, niveles e implicaciones metodológicas que derivan del planteamiento de las mismas.

Por ello, y como es nuestro deseo que esta investigación cubra tanto la vertiente social como la de la constatación empírica, no nos hemos limitado a plantear preguntas a las que se pueda responder con información numérica, sino que requieran explicaciones que nos otorguen una visión global de nuestro objeto de estudio.

No obstante, con ellas hemos manteniendo en todo momento un enfoque objetivo. Para lo que se ha evitado siempre el uso de términos que reflejen la postura personal del autor en su formulación. La meta es plantear preguntas evitando la especulación, ya que caer en ella podría originar respuestas no validadas.

Tras todas estas consideraciones, procedemos a presentar nuestras seis preguntas de investigación. Son las que siguen:

- ¿La comunicación de la gripe A se realizó con respeto a las normas y principios profesionales que regulan la producción de información?
- ¿Existió colaboración y planes conjuntos de trabajo entre los distintos niveles del proceso comunicativo (gestores políticos, expertos sanitarios, gabinetes de prensa y medios de comunicación)?
- ¿Cómo se distribuyó el protagonismo mediático durante la crisis?
- ¿Se plantearon coberturas periodísticas diferentes en función del alcance territorial de los medios impresos incluidos en el estudio?
- ¿Los mensajes transmitidos durante la gripe A se ajustaron siempre a la realidad epidemiológica de la crisis sanitaria, sin buscar objetivos políticos?
- ¿Cuáles fueron las metas de los responsables de la comunicación realizada durante la gripe A (tanto de los gabinetes de prensa como de los medios de comunicación?, ¿qué objetivos perseguían con su trabajo?

### 3.2 Objetivos de investigación

Los objetivos enuncian los fines cognitivos del trabajo y deben centrar la dirección del mismo, ya que nuestro campo principal de estudio (la comunicación realizada en torno a la gripe A) es amplísimo. En consecuencia, se hace necesario delimitar nuestros intereses para poder abarcarlo.

Para conseguirlo, hemos orientado nuestros objetivos hacia una meta central: analizar cómo se contó la gripe A en los medios de comunicación escrita españoles, mirando hacia estos desde una doble perspectiva, nacional y autonómica. Y observando la labor de comunicación realizada en torno a la crisis sanitaria tanto desde el punto de vista de los periodistas de medios, como desde el de los periodistas responsables de la comunicación institucional sanitaria; es decir, desde el de aquellas personas que ejercían como intermediarios entre los profesionales en salud y los *mass media* a través de los gabinetes de prensa.

Además con el fin de evitar la aparición de una multiplicidad de direcciones en el análisis de esta meta central, hemos establecido asimismo una serie de objetivos específicos que nos ayuden a anclar nuestra investigación a la realidad. O lo que es lo mismo, que nos ayuden a adaptar las metas perseguidas con las posibilidades reales que tenemos de alcanzarlas. Estas posibilidades están delimitadas por las condiciones personales, laborales y académicas del investigador y por las opciones de acceso a los materiales y personas necesarios para llevar a cabo el proyecto.

Así, los objetivos concretos de nuestra investigación son:

1. Estudiar cuál fue el protagonismo que la información a propósito de la gripe A tuvo en la prensa.
2. Conocer si los medios de comunicación, desde la responsabilidad intrínseca que tienen con la población en este tipo de situaciones, tratan de transmitir mensajes de tranquilidad y seguridad.
3. Comprobar cuáles fueron las fuentes de información que utilizan los medios de comunicación para cubrir las crisis sanitarias de la gripe A.
4. Comprobar cómo fue el proceso de transmisión de información de los gabinetes de prensa sanitarios.
5. Estudiar si los medios de comunicación confían en la información transmitida por los gabinetes de prensa y si ambos trabajaron de manera conjunta antes y durante esta crisis sanitaria.
6. Saber si, ante el surgimiento de un problema de salud que afecta de manera global a la sociedad, el interés mediático se centra más en analizar sus consecuencias o sus causas.
7. Descubrir si las noticias publicadas durante la gripe A estaban enfocadas a buscar responsables de la crisis sanitaria.
8. Saber si, ante el surgimiento de una epidemia, los medios de comunicación analizados en esta investigación dieron más importancia a las informaciones cercanas a sus lectores que a las más alejadas. Es decir, comprobar si hay una mayor prevalencia de la información local o regional, que de la nacional o internacional.

9. Observar si el texto de las informaciones sanitarias estudiadas incluye adjetivos generadores de sentimientos o va acompañado de fotografías para sensibilizar al lector.
10. Conocer cuáles son las firmas predominantes en las noticias sanitarias publicadas en los periódicos durante la gripe A, para saber a qué colectivos sociales se les dio voz durante la crisis sanitaria.

### **3.3 Estrategia metodológica**

En este trabajo hemos desarrollado una investigación cualitativa y cuantitativa sobre la comunicación realizada en torno a la crisis sanitaria de la gripe A. Este doble enfoque se ha escogido con el fin de conseguir una visión global del proceso comunicativo realizado durante ese momento epidemiológico para poder conocer tanto las técnicas empleadas durante el mismo, como los resultados obtenidos con ellas.

Para lograrlo nos hemos centrado, sobre todo, en el análisis de la labor realizada por los dos grandes grupos sociales que protagonizan una acción comunicativa relacionada con un tema de salud pública como el que nos ocupa: los medios de comunicación y los gabinetes de prensa de las instituciones gubernamentales.

Y, todo ello, estudiado durante los meses en que esta enfermedad supuso una crisis sanitaria en el territorio español o, lo que es lo mismo, desde la llegada de la alarma internacional al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (a finales de abril del año 2009), hasta la comprobación de la mezcla del virus H1N1 con el de la gripe estacional, con la consiguiente pérdida de fuerza de la enfermedad a comienzos de febrero de 2010.

Asimismo, y desde el punto de vista geográfico, esta investigación aborda el proceso comunicacional realizado tanto en el ámbito nacional, como en el autonómico.

Tras todas estas consideraciones, recordamos que nuestro trabajo versa sobre un tema que relaciona los conceptos de comunicación y sociedad. Y, por lo tanto, gira en torno a la comunicación de masas.

Para adentrarnos en esta área del conocimiento, nos acercamos a las dos corrientes de autores con las que, de manera tradicional, se la ha estudiado: positivistas y críticos. Ambos grupos fueron definidos del siguiente modo por Lozano (2007):

Los teóricos de la comunicación de masas identificados con los enfoques positivistas *“suelen enfatizar la utilidad de los sistemas y fenómenos comunicacionales para la estabilidad y preservación de las sociedades actuales, y tienden a evitar cualquier cuestionamiento sobre el rol de la comunicación en la distribución desigual del poder y el control de los grupos sociales”*. Mientras que *“los teóricos críticos adoptan una postura radicalmente distinta a la de los positivistas (...) plantean interrogantes sobre el apoyo que dan los medios de comunicación y sus mensajes a la difusión de la ideología dominante de las élites económicas y políticas, así como a la obstaculización del cambio social necesario”*.

Aquí se ha planteado una investigación mixta, que recoge aspectos de ambos enfoques de manera tal que ha permitido, por una parte, observar y dar cuenta de la labor realizada por los medios de comunicación (a partir del análisis de las noticias publicadas por las dos cabeceras generalistas de más tirada de los ámbitos nacional y de la Comunidad Autónoma de Castilla y León), y, por otra parte, dar voz a los actores activos implicados en el proceso comunicativo para plantear interrogantes sobre la influencia de su labor en la sociedad, a partir de la realización de nueve entrevistas a los protagonistas de la comunicación realizada durante la crisis sanitaria en el entorno nacional y autonómico.

A continuación, pasamos a explicar estas técnicas en profundidad:

### **3.3.1 Métodos y técnicas empleados para el análisis de noticias**

#### **Elección del material de trabajo:**

El objetivo del análisis de noticias es **comprobar cómo se transmitió la gripe A en la prensa nacional y regional** para establecer, de este modo, una comparación entre la manera de cubrir las noticias sanitarias en los medios

estatales y autonómicos. Las informaciones relativas a la salud afectan de manera directa a la vida de los ciudadanos, por lo que existe la posibilidad – a comprobar con esta investigación- de que la cercanía física del periódico a sus lectores potenciales influya en la manera de contarles una crisis sanitaria.

Se ha escogido la prensa escrita como foco de estudio debido a su **accesibilidad** (los servicios de hemeroteca de estos medios son mucho más completos y accesibles que los de los medios audiovisuales) y, sobre todo, a la **profundidad** de sus informaciones (el periodismo escrito da menos prioridad a la inmediatez y más a ofrecer una información de calidad. Ésta es la principal ventaja de la prensa tradicional sobre otros medios como, por ejemplo, la prensa digital. Tal y como se indica, por ejemplo, en el estudio ‘La prensa: digital vs papel’<sup>1</sup> de la AIMC en el que se señala que *“los motivos preferentes para acceder a soporte en papel son: lectura de editoriales y columnas de opinión, así como, temas en profundidad. Es decir, aspectos de contenido y análisis”*.

Por todo lo expuesto el material escogido se atuvo a las siguientes premisas:

1. Los periódicos:

Para cumplir con la meta marcada, el primer paso era seleccionar los periódicos que serían objeto de nuestro estudio y justificar su elección. Y la variable escogida para hacerlo fue el **ámbito geográfico** de los mismos.

Por ello se eligió un diario de carácter regional (El Norte de Castilla) y otro nacional (*El País*).

La principal diferencia entre estos dos medios estriba en su **cercanía con los lectores**. Los periódicos autonómicos suelen prestar más atención a los temas que afectan directamente a los ciudadanos dentro de su ámbito de influencia (su ciudad, pueblo, barrio...), mientras que los estatales dan una visión más global de lo que está sucediendo en el país e, incluso, en el mundo.

---

<sup>1</sup> Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC). (2011). La prensa: digital vs papel. Pág 2.

Estas diferencias entre periódicos se pueden observar tanto en el contenido, como en la **estructura básica** de los mismos. De este modo El Norte de Castilla divide las grandes secciones de su sumario del siguiente modo: local, regional, nacional, internacional, economía, cultura, deportes y sociedad; mientras que *El País* lo hace así: internacional, nacional, economía, sociedad y deportes.

Esto demuestra que el medio autonómico abre con las informaciones cercanas, dándoles así más relevancia, y el nacional con las de carácter más global; lo que puede afectar a las distintas perspectivas desde las que se aborda un tema tan sensible socialmente como la salud y, más concretamente, como la gripe A.

## 2. El marco temporal:

Las noticias analizadas pertenecen todas al intervalo temporal que ocupó el desarrollo de la gripe A en España o, lo que es lo mismo, la vida activa del virus H1N1 en el territorio nacional. Es decir, al periodo de tiempo incluido entre el 26 de abril de 2009 fecha en la que se empieza a hablar de la gripe A en los medios españoles y el 27 de enero de 2010 (momento en que el virus H1N1 dejó de circular como tal y se mezcló con el de la gripe estacional habitual, dejando así de tener peso de los medios de comunicación).

## 3. La unidad de análisis:

Una vez escogidos los medios de comunicación que serán objeto de estudio, se pasa a establecer cuáles serán las unidades de análisis con las que trabajar. Por lo tanto, se decide que se van a analizar todas las informaciones que incluyan los términos **gripe A**, **gripe porcina** o **H1N1** en el titular, en el *lead* de la información o en el pie de las fotografías.

Con todas estas premisas expuestas, se concluye la realización de un análisis de un total de **605 informaciones**. De las que 375 pertenecen a *El Norte de Castilla* y las 230 restantes a *El País*.

## **Codificación de los datos identificativos:**

Para poder trabajar y obtener conclusiones objetivas que se puedan transformar en resultados estadísticos, era necesario establecer una **estrategia**



**de codificación** que identificara nuestro material de estudio, con el fin de organizarlo, posteriormente, en tablas de trabajo.

Por ello era necesario darle un código propio a cada una de las unidades de análisis a tratar y codificar, asimismo, sus aspectos más característicos como, por ejemplo, fecha, periódico y tipo de publicación en el que se incluyen, tipo de información que transmite cada una de estas unidades, ámbito geográfico al que aluden y temática principal.

Además, consideramos necesario incluir en las tablas el **titular** de cada una de las unidades, transcrito de manera literal. Esto se debe a que el titular es sin duda, el aspecto más identificativo de cualquier información periodística.

Esta codificación inicial se concretó del siguiente modo:

1. **Día de publicación:** 01-31
2. **Mes de publicación:** 01-12
3. **Año de publicación:** 01-99
4. **Diario:**

Tabla 2 Diario

Diario	Código
El Norte de Castilla	01
El País	02

Fuente: elaboración propia

4. **Unidad de Análisis:** se trata de un código de registro compuesto por cuatro grupos de cifras, que corresponden con las cuatro primeras variables que acabamos de señalar (día, mes y año de publicación, diario en el que fue publicada). A modo de ejemplo:

**Tabla 3 Unidad de análisis**

	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>	<b>Diario</b>
1301070114	13	01	07	01
2203070503	22	03	07	05

Fuente: elaboración propia

**6. Ámbito geográfico de la noticia:** para poder localizar el origen de la información ofrecida en la pieza a estudiar, con el fin de clasificarla en función de su ámbito de interés.

\*Internacional

\*Nacional

\*Autonómico

\*Local

**7. Tipo de información:** con esto podremos analizar aspectos relevantes de la información estudiada como, por ejemplo, saber si en ella predomina la objetividad, las declaraciones de los protagonistas, la opinión o el tratamiento en profundidad de una temática determinada. Para ello, indicaremos si la pieza periodística es:

**Tabla 4 Tipo de información**

<b>Tipo de información</b>	<b>Código</b>
Noticia	01
Reportaje	02
Entrevista	03
Artículo de opinión	04
Editorial	05
Viñeta	06
Encuesta	07

Despiece	08
Carta al director	09
Breve o aparte	10
Foto comentada	11
Crónica	12
Declaración oficial	13
Consejos a la población	14

Fuente: elaboración propia

**8. Titular:** transcripción del titular original.

**9. Temática:** establecer que temática tiene la información:

- La gripe A como enfermedad, virus H1N1. Evolución del virus y de la pandemia (01)
  - Consejos y recomendaciones (01-2)
  - Medidas de prevención (01-3)
- Afectados y consecuencias de la enfermedad (02)
  - Contagios individuales (02-2)
  - Contagios en colectivos (02-3)
  - Muertes (02-4)
  - Gripe A en personajes famosos (02-5)
  - Consecuencias económicas (02-6).
- Medidas sanitarias (03)
  - Vacunas (03-2)
  - Tamiflú y antivirales (03-3)
- Planes de acción gubernamentales e institucionales (04)
  - Ministerio de Sanidad (04-2)

- Planes autonómicos (04-3)
- Otros (05)

### **Análisis de los encuadres:**

Tras identificar los aspectos estructurales o básicos de la información, era necesario **profundizar en su contenido**. Esto permite conocer cuál es el mensaje y la intencionalidad de cada una de las unidades de análisis.

Para llevar a cabo este análisis se ha utilizado un modelo basado en el establecido por **Semetko y Valkenburg** (2000: 93-100), con las adaptaciones oportunas para abordar el tema de estudio de esta investigación, con el fin garantizar su efectividad.

Este sistema nos ofrece dos ventajas clave. Por un lado, permite obtener **respuestas cerradas** de sí (S) o no (N), lo que facilita la codificación posterior de los resultados. Y, por otro, permite estructurar las preguntas en seis grandes grupos temáticos relacionados todos ellos con el proceso de identificación de los encuadres noticiosos que se desarrollan en las coberturas periodísticas (responsabilidad, interés humano, conflicto, moralidad, consecuencias económicas y papel de las fuentes).

Las preguntas incluidas dentro de cada uno de estos grupos –tras adaptar el modelo a las necesidades de nuestra investigación- fueron las siguientes de cada uno de estos grupos:

#### **Atribución de responsabilidad**

1. ¿En la noticia se señala algún culpable?
2. ¿Se señala un solo culpable o varios?
3. ¿Se señala a varios culpables?
4. ¿Los culpables son personas físicas?
5. ¿Los culpables son instituciones?
6. ¿Habla el relato de las causas del problema

7. ¿El relato sugiere que no se han tomado las medidas oportunas para enfrentar la enfermedad?
8. ¿El relato sugiere que el gobierno tiene capacidad de paliar el problema en alguna medida?
9. ¿El relato sugiere que el gobierno es responsable del asunto/problema en alguna medida?
10. ¿El relato sugiere alguna solución al problema?
11. ¿El relato sugiere que el problema requiere una acción urgente?

#### Interés humano

1. ¿Se habla de 'víctimas' o 'afectados' en la información?
2. ¿Se personaliza a esas 'víctimas'?
3. ¿Se habla de 'víctimas grupales'?
4. ¿Se introduce el relato en la vida personal o privada de los actores?
5. ¿Emplea el relato adjetivos que generen sentimientos de indignación, empatía, cuidado, simpatía o compasión?
6. ¿Se habla en el relato de las patologías previas de los afectados y víctimas?
7. ¿Se compara la gripe A con otras epidemias o problemas de salud pública ocurridos con anterioridad?
8. ¿El relato destaca las consecuencias negativas para la salud que puede ocasionar la gripe A?
9. ¿El relato destaca las consecuencias negativas para el funcionamiento normal de la vida social que puede ocasionar la gripe A?
10. ¿Contiene la historia alguna información visual que podría generar sentimientos de indignación, empatía, cuidado, simpatía o compasión?

#### Conflicto

1. ¿Refleja el relato desacuerdo entre partidos, individuos, grupos o países sobre cómo actuar frente a la gripe A?

2. ¿Se dan reproches de algún partido, individuo, grupo o país hacia otro/s?
3. ¿El relato refleja dos caras o más del problema o asunto?
4. ¿El relato señala un conflicto entre intereses políticos o económicos y sociales o sanitarios?
5. ¿El relato habla de la coordinación existente entre administraciones?
6. ¿El relato habla de conspiración?

#### Moralidad

1. ¿El relato contiene algún mensaje moral?
2. ¿Se da consejos a la población sobre cómo deberían actuar frente a la gripe A?
3. ¿Se da consejos a las entidades gubernamentales sobre cómo deberían actuar frente a la gripe A?
4. ¿Se da consejos a las instituciones públicas o privadas no gubernamentales (como la OMS, empresas, colegios, etc) sobre cómo deberían actuar frente a la gripe A?

#### Consecuencias económicas

1. ¿Se habla de la inversión realizada para solucionar el problema (costes de la gripe A)?
2. ¿El relato destaca las consecuencias negativas para la economía española que puede ocasionar la gripe A?
3. ¿El relato destaca las consecuencias negativas para la economía regional que puede ocasionar la gripe A?

#### Papel de la fuente (o fuentes)

1. ¿Se presenta una sola fuente?
2. ¿La fuente del relato tiene un papel activo en el problema?
3. ¿La fuente se presenta como un mero observador del problema?

4. ¿La fuente habla en representación de alguna institución pública o privada?
5. ¿Se emplea como fuente un experto sanitario?

### Relevancia de la unidad

Una de las maneras que tiene la prensa escrita de dar relevancia a una información es a través de la situación de la misma en el espacio físico de la página del periódico en la que se incluye. Así pues existe un código tácito, aceptado tanto por los periodistas como por los lectores, mediante el que las noticias más importantes ocupan más espacio, se colocan en la portada o en las páginas impares de la publicación y suelen ir acompañadas de fotografías o infografías que incrementen su impacto visual.

De esto modo para saber qué relevancia le otorgaron los periódicos analizados a la gripe A, hay que analizar los siguientes elementos:

**1. Página:** indicando el número de la página en la que se publicó cada unidad de análisis. Esto sirve para conocer la importancia que se le da a la información: las páginas impares están mejor valoradas debido a que son las más cómodas de ver para los lectores.

**2. Superficie:** espacio de página que ocupa cada noticia. Se valorará con una estimación de superficie en %. Unidad de medida utilizada: una columna 20%.

**3. Presencia de elementos adicionales:** el objetivo es saber si la pieza está formada únicamente por texto o imagen o si, por el contrario, contiene ambas cosas, o está apoyada por algún tipo de infografía.

**Tabla 5 Elementos adicionales**

Elemento adicional	Código
Solo texto	01
Fotografía	02

Infografía	03
Fotografía + infografía	04

Fuente: elaboración propia

## Elementos internos y externos de la información

Para completar el análisis de nuestro material de trabajo era fundamental analizar también los elementos internos y externos que la conforman y que afectan tanto a su contenido como a su forma.

### 1. Fuente de la información:

Es uno de los elementos externos de la información. Responde a la pregunta ¿quién ha facilitado la información?

Esto nos otorga datos sobre el origen y la credibilidad de la información. Los grupos en los que se dividen las fuentes son:

**Tabla 6 Fuentes de información**

<b>Fuente</b>	<b>Código</b>
Ciudadano	01
Afectado por la gripe A	02
Periodista medio comunicación	03
Gabinete de prensa	04
Gobiernos o personajes políticos	05
Médico o profesional sanitario	06
Científico o entidades científicas	07
Representante de organismos internacionales	08
Empresas	9
Asociaciones	10
Sindicatos	11



Empresa	12
---------	----

Fuente: elaboración propia

Además, este análisis se completa, al igual que en el caso del protagonista, estableciendo el ámbito geográfico al que pertenece la fuente. Clasificándolo en: internacional, nacional, autonómico o local.

## 2. Protagonista de la información:

Dentro de los elementos internos, hay que saber quién es el protagonista de la información y qué papel social representa dentro de la temática abordada. Responder a la pregunta ¿de quién habla la noticia?

Esto nos ayuda a ver a qué opiniones, testimonios y entornos sociales se les dio más importancia durante los meses de actividad de la gripe A.

En caso de que una misma información tuviera más de un protagonista, se analizaría siempre al protagonista principal de la misma.

Para ello, se estableció una clasificación que incluía las siguientes categorías:

**Tabla 7 Protagonistas información**

<b>Protagonista</b>	<b>Código</b>
Ciudadano	1
Afectado por la gripe A	2
Periodista medio comunicación	3
Gabinete de prensa	4
Gobiernos o personajes políticos	5
Médico	6
Científico	7
Representante de organismos internacionales	8

Empresas	9
Asociaciones	10
Virus	11
Otros	12

Fuente: elaboración propia

Además, este análisis se completa estableciendo el ámbito geográfico al que pertenece el protagonista. Clasificándolo en: internacional, nacional, autonómico o local.

### 3. Autor de la información:

Es el otro elemento externo que influye en el análisis de la unidad. Responde a la pregunta de ¿quién nos transmite la información?

Saber quién es la persona que nos cuenta la historia nos informa sobre los medios que cada periódico ha utilizado para cubrir la gripe A. Esto nos indica, asimismo, la cercanía y la objetividad del autor con respecto a la información facilitada.

La clasificación de los autores es la que sigue:

**Tabla 8 Autores de la información**

<b>Autor</b>	<b>Código</b>
Redactor	01
Corresponsal	02
Enviado especial	03
Agencia	04
Columnista	05
Equipo editorial	06
Colaboración Especial	07
Lector	08

No existe o no se especifica	09
Varios (redactor + agencia, por ejemplo)	10

Fuente: elaboración propia

### Enfoque de la información:

Por último, en un tema tan polémico como la gripe A había que analizar cuál era la visión con la que se transmitía cada una de las informaciones.

Durante el desarrollo de la enfermedad se debatió mucho sobre el alarmismo que, supuestamente, generaron los medios de comunicación. Y, para saber si esta afirmación tenía alguna base científica, era fundamental estudiar el punto de vista que se reflejaba en cada una de las unidades de nuestro estudio:

**Tabla 9 Enfoque de la información**

Visión	Código
Positiva/Optimista/Tranquilizadora	1
Neutral	2
Negativa/Pesimista/Alarmista	3
Crítica	4

Fuente: elaboración propia

### Registro de resultados. Tablas de análisis:

Tras la recogida de datos siguiendo los criterios establecidos en el apartado anterior, empleando como soporte un documento de Excel, era necesario registrar los datos obtenidos en cada una de las temáticas incluidas como objeto de estudio de una manera más **visual y útil para la extracción de conclusiones**. Y para ello, se recurrió al formato de tablas individualizadas.

De este modo, elaboramos una tabla para cada punto del protocolo referido en la que se podían observar, de un solo vistazo, los resultados de **ambos periódicos**. Esto hacía posible la comparación entre los datos arrojados del estudio de *El Norte de Castilla* y el de *El País*.

Con esta misma meta de poder realizar una comparación rigurosa y sistemática de los resultados regionales y nacionales, se incluyeron en las tablas tanto los datos numéricos obtenidos del análisis de noticias, como **los porcentajes** que cada uno de esos datos suponían en el conjunto objeto de estudio. El fin de esta decisión es poder valorar el peso que las variables tienen sobre el total de publicaciones de cada uno de los periódicos, de manera individual, y también sobre el total de noticias incluidas en el análisis, de forma global.

Por estos motivos, todas las tablas presentan un mismo esquema en su eje horizontal:

1. *El Norte de Castilla*: datos numéricos objetivos de cada variable. Obtenidos del documento de Excel del estudio inicial de las noticias.
2. *El Norte de Castilla (%)*: porcentaje de resultados de la variable a analizar sobre el total de noticias recogidas del periódico regional.
3. *El País*: datos numéricos objetivos de cada variable. Obtenidos del documento de Excel del estudio inicial de las noticias.
4. *El País (%)*: porcentaje de resultados de la variable a analizar sobre el total de noticias recogidas del periódico nacional.
5. Total: presencia en bruto de la variable en el total de noticias analizadas (de ambos periódicos). Se facilita con un dato numérico objetivo.
6. Total (%): porcentaje del peso que esa variable tienen en el conjunto de noticias objeto de estudio (de ambos periódicos).

Para completar la utilidad de este apartado, era necesario que las tablas tuvieran en cuenta también otro factor decisivo para la lectura de datos: el **año de publicación** de las mismas. Por lo que se decidió incluir este aspecto en el eje vertical de nuestras tablas.

En este caso concreto el factor temporal era de gran relevancia ya que el momento álgido de la gripe A se produjo en el año 2009 y, al comenzar 2010, el virus ya se encontraba en fase de remisión. Por lo tanto, tener en cuenta el año de publicación era necesario para saber si los picos informativos coincidieron con los epidemiológicos.

### **Interpretación y redacción de resultados:**

Una vez obtenidos los datos numéricos y, tras haberlos clasificado, era necesario pasar a la **interpretación** de los mismos. Para lo que se procede a la redacción de textos en los que se explica qué significan las cifras incluidas en las tablas.

De esta manera, se facilita el análisis de cada una de las variables desde un doble punto de vista: el puramente científico y matemático (expresado en datos numéricos) y la traducción de éste a **lenguaje social**.

Se pasa así de datos fríos, a conclusiones parciales obtenidas de ellos para cada aspecto analizado.

Y será precisamente esto lo que, posteriormente, nos permita obtener conclusiones globales válidas para responder a nuestras preguntas de investigación.

Las conclusiones parciales obtenidas en esta parte de nuestro trabajo se apoyan, además, en **ejemplos** obtenidos del texto de las noticias estudiadas, para incrementar la fundamentación de las mismas. Las deducciones lógicas obtenidas de las cifras se explican a través de las frases y palabras en las que se sustentan, ofreciendo al lector una visión mucho más global de las ideas que se quieren transmitir.

### **3.3.2 Métodos y técnicas empleados para el análisis de las entrevistas**

#### **Objetivo de las entrevistas:**

En la gestión de cualquier crisis comunicativa el elemento más importante es el factor humano. Los actores implicados son los que hacen que

la crisis evolucione de un modo u otro y es de ellos de quien depende que la gestión de la misma sea un éxito o un fracaso. La pandemia de gripe A no fue una excepción. Por lo que, para poder hacer un análisis completo de lo sucedido, era imprescindible dar voz aquellos que la protagonizaron.

El análisis de noticias ofrece una visión lineal y completa sobre cómo se percibió y transmitió la enfermedad en la prensa escrita. Pero el análisis de entrevistas permite profundizar en los motivos que llevaron a la publicación de esas noticias e informan sobre las decisiones que estaban detrás de los textos que leíamos en los periódicos y que hemos estudiado.

### **Selección de entrevistados:**

Las personas seleccionadas para la realización de las entrevistas fueron elegidas por dos motivos principales:

1. Fueron **testigos directos y activos** de la pandemia de gripe A: no eran meros observadores de lo que sucedía, participaban de manera activa en la gestión o difusión de la crisis sanitaria. Debido a su profesión, todos los elegidos tenían capacidad de decisión sobre aspectos de la enfermedad que afectaban directamente a los ciudadanos: o bien influyendo en los aspectos clínicos, políticos y organizativos del problema, o bien escogiendo la forma en la que estos se contaban.
2. Eran **comunicadores** de la pandemia de gripe A: todos ellos estaban relacionados, de un modo u otro, con la gestión informativa de la enfermedad. Esta implicación podía ser directa (capacidad de decisión sobre qué se contaba, cuándo se contaba y cómo se contaba) o indirecta (papel de portavoces, personas que por su rol dentro de la crisis resultaban de interés para los medios de comunicación).

En nuestro estudio era importante también que las personas entrevistadas pertenecieran a alguno de nuestros dos **ámbitos territoriales** de análisis. Es decir, que trabajaran o en el Sistema Nacional de Salud (SNS), o

en la Sanidad Castellano y Leonesa (SACYL). Dentro de estas razones de localización para la selección de entrevistados se incluyen, asimismo, los trabajadores de los dos medios escogidos para el desarrollo de la tesis: *El País* (nacional) y *El Norte de Castilla* (regional).

En base a los criterios básicos anteriormente enumerados, se establecieron cinco categorías de interés para la realización de las entrevistas. Y se escogió a dos personas por categoría, uno con el que se identificará el ámbito nacional y otro perteneciente a Castilla y León:

1. **Gestores sanitarios:** personas con capacidad de decisión política sanitaria en la crisis de la gripe A. Gestores de los planes de acción estratégica frente a la pandemia y asistentes de plenos derecho de los Consejos Interterritoriales dónde se abordaba el problema y se buscaban soluciones consensuadas para enfrentarlo. Eran fuentes de información básica para los periodistas, debido al elevado interés que sus testimonios tenían para la población. Eran los portavoces oficiales de las instituciones gubernamentales ante los medios durante la pandemia.

Se escogió a la máxima representante del SNS, la ministra de Sanidad y al máximo representante del sistema sanitario de Castilla y León, el consejero de Sanidad.

2. **Jefes de prensa instituciones sanitarias:** personas con capacidad decisiva sobre las comunicaciones oficiales que emitían las autoridades sanitarias. Responsables de hacer llegar a periodistas y ciudadanos las informaciones oficiales. Son el filtro entre los gestores sanitarios y los periodistas, tanto de los gabinetes de prensa como de los medios.

Se eligió a las jefas de prensa tanto del Ministerio de Sanidad, como de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.

3. **Periodistas gabinetes de prensa instituciones sanitarias:** responsables de la redacción y manejo de las informaciones oficiales en las instituciones sanitarias. Ellos decidían cómo contar las informaciones que, previamente, había sido aprobadas por los

gestores sanitarios y los jefes de prensa. Eran, junto con estos últimos, el contacto directo de las instituciones con los medios de comunicación.

Se escogió a dos periodistas, uno del gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad y otro de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.

4. **Periodistas de medios de comunicación:** gestores y redactores de la información sanitaria procedente tanto de las instituciones sanitarias como de otras fuentes. Ellos eran quienes decidían qué se publicaba o cómo se publicaba. Seleccionaban los datos, historias y recomendaciones que llegaban a los periódicos. Son el enlace directo con los ciudadanos.

Se eligió a las dos redactoras, tanto del *El País* como de *El Norte de Castilla*, que firman habitualmente las informaciones sanitarias de ambos medios.

5. **Expertos sanitarios:** portavoces fiables de información médica, epidemiológica y científica sobre la enfermedad. Podían aportar datos objetivos sobre el virus H1N1 que completaran las informaciones prácticas, administrativas, políticas o relacionadas con los procesos de gestión. Eran fuentes muy solicitadas por los medios de comunicación.

Fue la única categoría para la que se escogió un solo entrevistado porque representaba, por sí solo, a las instituciones científicas tanto del ámbito nacional como regional, al ser el Director del Centro Nacional de la gripe y el jefe del Servicio de Microbiología y Parasitología del Hospital Clínico de Valladolid.

Por lo tanto, la selección de entrevistados quedó finalmente del siguiente modo:



Tabla 10 Entrevistas realizadas. Cuadro resumen

	Gestores sanitarios	Jefes de prensa instituciones sanitarias	Periodistas gabinetes de prensa de instituciones sanitarias	Periodistas medios de comunicación	Expertos sanitarios
<b>Nacional</b>	Trinidad Jiménez Ministra de Sanidad	M <sup>a</sup> Jesús García Jefa de prensa del Ministerio de Sanidad	Maite Perea Periodista del gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad	Maria Sahuquillo Periodista sanitaria de <i>El País</i>	Raúl Ortiz de Lejarazu Director del Centro Nacional de la Gripe y el jefe del Servicio de Microbiología y Parasitología del Hospital Clínico de Valladolid
<b>Regional</b>	Francisco Javier Álvarez Guisasola Consejero de Sanidad de Castilla y León	Teresa Zurro Jefa de prensa de la Consejería de Sanidad	Iñaki Pagazaurtundua Periodista del gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad	Ana Santiago Periodista sanitaria de <i>El Norte de Castilla</i>	

Fuente: elaboración propia

### Elaboración y formulación de preguntas:

Para la elaboración de las preguntas que íbamos a utilizar para la realización de las entrevistas se tuvieron en cuenta los objetivos que se querían cumplir con esta parte de la investigación y que, tal y como hemos señalado con anterioridad, giraban en torno a profundizar en los **motivos y toma de decisiones** que había detrás de la publicación de las noticias analizadas en nuestro estudio.

Y para ello las preguntas tenían que conseguir que el entrevistado hablara, lo más en profundidad posible, de cinco aspectos claves:

1. Trabajo diario.
2. Visión de la pandemia de gripe A.
3. Valoración de la labor de comunicación realizada en torno a la crisis sanitaria.
4. Toma de decisiones y acciones que él o ella tuvo que llevar a cabo durante la misma.
5. Valoración del trabajo de los profesionales de las demás categorías objeto de estudio.

De esta forma, se puede observar la enfermedad desde el punto de vista de sus protagonistas y, al mismo tiempo, obtener opiniones desde **diferentes ángulos profesionales** (gestor, institución, medios de comunicación, médico...) para lograr dibujar una imagen, lo más completa posible, de la labor comunicativa que se realizó alrededor del virus H1N1.

Este esquema básico se mantuvo en todas las entrevistas y se intentó, siempre, realizar las mismas preguntas a todos los entrevistados con el fin de que existieran parámetros comunes, a partir de los cuáles poder hacer una comparación sistemática y fundamentada de sus respuestas.

Esto se logró manteniendo las mismas preguntas para las dos personas que ocupaban la misma categoría y tratando de que, aunque algunas preguntas se adaptaran al perfil del entrevistado, todos respondieran a los mismos temas independientemente de su perfil. Por ejemplo, todos ofrecieron su visión del nacimiento, evolución y remisión de la enfermedad o de la problemática que surgió entorno a las vacunas, aunque del experto sanitario se esperara una visión más científica y epidemiológica y de los expertos en comunicación una visión más social y mediática.

La única diferencia de contenido entre las preguntas de unas categorías y otras fue que en la batería dirigida a los gestores y al profesional sanitario se profundizó más en los **aspectos sanitarios** de la gripe A con preguntas como, por ejemplo: ¿qué es el virus H1N1? o ¿en qué se diferenció de la gripe estacional?; ya que las respuestas en este campo dirigidas a los

comunicadores, que no tiene formación ni experiencia en gestión sanitaria, hubieran carecido de valor objetivo.

La meta final era obtener los **distintos puntos de vista** que nuestros protagonistas podían aportar sobre los aspectos de la gripe A que tenían una mayor relevancia para nuestra investigación. Y comprobar en qué puntos coincidían sus visiones y en cuáles diferían en función de su experiencia personal.

### **Procesamiento de la información obtenida en las entrevistas:**

Para que los resultados obtenidos del análisis de entrevistas fueran válidos era necesario conocer tanto la trayectoria profesional de los entrevistados, como el rol exacto que jugaron durante la gripe A.

Y por eso las preguntas y respuestas de los mismos se acompañaron con un perfil detallado de la formación, carrera y puesto desempeñado durante la enfermedad. Sus respuestas por sí solas no tendrían valor, ya que la información es en este caso valorable en función de la persona que la emite.

Los perfiles elaborados cuentan, en consecuencia, con **tres partes** diferenciadas:

1. Nombre y fotografía: que permiten la identificación visual e inmediata de la persona.
2. Perfil: formación del entrevistado y principales puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional
3. Papel desempeñado durante la gripe A: descripción del puesto profesional ocupado por el entrevistado entre abril de 2009 y enero de 2010 y relevancia del mismo en el desarrollo de la crisis sanitaria.

### **Elaboración de preguntas, desarrollo de las entrevistas:**

Una vez elegidas las personas que debían ser entrevistadas, realizados los perfiles y diseñada la batería de preguntas, se procede a la **realización de las entrevistas**.

Todas ellas se llevaron a cabo de manera presencial y fueron grabadas. (Los audios de las mismas se facilitan como anexos).

Tras los encuentros con las personas seleccionadas, procedimos a **transcripción** de los mismos. En esta fase se transcribieron tanto las preguntas como las respuestas de modo literal. Cada una de las entrevistas queda, de este modo, plasmada en papel tal y como se produjo.

Pero, para que las respuestas de nuestros entrevistados pudieran ser utilizadas como un elemento objetivo de estudio y comparación, era necesario tratarlas más allá de la mera transcripción.

Para ello se estableció un **sistema de tablas** en el que se clasificaron los fragmentos de las conversaciones mantenidas con nuestros protagonistas, según la temática de los mismos. Así, las respuestas se podían comparar de un solo vistazo para obtener conclusiones objetivas de cada uno de los aspectos abordados en los encuentros.

Las respuestas se dividieron, por lo tanto, en ocho grandes temas. Cada uno de los cuáles se compartimentó, a su vez, en tantas subtemáticas como se consideraron necesarias para recoger toda la información que necesitábamos para responder a nuestras preguntas de investigación y aplicar lo expuesto en el marco teórico. Las tablas quedaron entonces distribuidas de la siguiente manera:

#### 1. LA ENFERMEDAD

- a. Diferencias entre la gripe A y la estacional
- b. Comienzo de la gripe A
- c. Evolución de la enfermedad
- d. Los nombres de la enfermedad
- e. Síntomas y efectos en la salud
- f. Fin de la gripe A
- g. Crisis sanitarias en los últimos años

## 2. ALARMA SOCIAL

- a. Estuvo justificada
- b. Motivos
- c. Factores de riesgo
- d. Usted contribuyo a parar o fomentar esta alarma social

## 3. PREVENCIÓN

- a. Medidas de prevención y actuación
- b. ¿Las medidas tomadas fueron adecuadas?

## 4. PROTOCOLOS

- a. Planes de actuación
- b. Contagios individuales y muertes
- c. Contagios colectivos
- d. Coordinación intergubernamental

## 5. OMS

- a. Directrices marcadas por la OMS
- b. Pandemia – Niveles de gravedad

## 6. VACUNAS

- a. Problemas que surgieron en torno a las vacunas
- b. Actuación frente a la vacunación

## 7. COMUNICACIÓN

- a. Características propias de la información sanitaria
- b. Papel de los medios
- c. Papel de los gabinetes de prensa
- d. Trabajo diario de los gabinetes de prensa sanitarios
- e. Relación entre los medios y los gabinetes de prensa
- f. Papel de los representantes políticos

- g. Papel de los expertos sanitarios
- h. Papel de la OMS
- i. Papel de Internet
- j. Mensaje que usted quiso transmitir
- k. Teoría de la conspiración

## 8. CONCLUSIONES FINALES

- a. En qué se basó la toma de decisiones
- b. Cómo fue el trabajo de su equipo
- c. ¿Se pudo hacer mejor?
- d. Se ha aprendido algo de la gripe A

El sistema de tablas incluía, a mayores, un apartado extra denominado **“Frases destacables”** en el que se recogen las ideas que mejor resumen o definen la postura de cada una de las personas entrevistadas respecto al aspecto central de nuestra investigación: la comunicación de la gripe A.

Hay que subrayar también que, tal y como se puede observar en el listado facilitado, las ocho grandes temáticas escogidas no tenían la misma relevancia a lo hora de clasificar las respuestas de los entrevistados y, por lo tanto, no todas tenían los mismos apartados. Los puntos 1 y 7 (la enfermedad y la comunicación) son los que más espacio ocuparon en nuestra tabla final, al ser los dos puntos de interés clave para nuestra investigación.

Una vez recogidos los datos en el formato de tabla, era más sencilla la comparación de respuestas. Ya se podían observar de un solo golpe de vista las frases que todos los entrevistados emitieron relacionadas con una misma temática.

El siguiente paso lógico era la **redacción de resultados**. Es decir, la creación de textos en los que se analicen los resultados obtenidos en cada una de las ocho grandes temáticas escogidas y, también, en las subtemáticas en que se dividieron.

En todos estos apartados se daba prioridad a la comparación de las respuestas de unos entrevistados con las de los otros y a la búsqueda de puntos de consenso y desacuerdo o discusión. Esto se realizó de ese modo porque la finalidad primordial de las entrevistas realizadas era, como ya hemos explicado, la de comprobar cómo se vivió la gripe A desde los diferentes colectivos implicados (gestores, comunicadores, medios, científicos...) y ver sus diferentes puntos de vista para obtener una **visión global** de esta crisis sanitaria.

Toda la información redactada en esta parte de la investigación va, por supuesto, acompañada de ejemplos que afianzan las conclusiones obtenidas del análisis de respuestas. Estos ejemplos justifican las mencionadas conclusiones, dotándolas de validez objetiva.

### **3.3.3 Metodologías complementarias**

#### **Métodos y técnicas para la revisión teórica y bibliográfica**

Ninguna investigación surge de cero. El saber es acumulativo y, por lo tanto, todos los investigadores, científicos y pensadores parten de pasos anteriores dados por otras personas para ir, poco a poco, añadiendo información útil a la ya existente y ampliando el conocimiento sobre una temática concreta.

Por ello, realizamos una recopilación de todas las **tesis doctorales** publicadas en nuestro ámbito de estudio, el territorio nacional, antes de plantear nuestra investigación sobre la gripe A. El objetivo era establecer unos antecedentes. Y apoyar, con datos concretos, la justificación realizada anteriormente de nuestro trabajo, en el apartado 'introducción', tal y como ya hemos explicado.

Es decir, el objetivo era conocer toda la información relevante que los investigadores españoles han escrito ya sobre el tema a investigar, con el fin de detectar qué parte de la gestión de la crisis sanitaria del virus H1N1 estaba aún sin explotar o, lo que es lo mismo, qué parte del conocimiento sobre el tema estaba todavía sin abordar.

Para ello, desarrollamos nuestro estado del arte en dos fases. Una fase heurística y una fase hermenéutica.

En la **fase heurística** (recopilación de las fuentes de información relacionadas con nuestro tema de estudio), procedimos a la realización de una búsqueda en la 'Base de datos de Tesis Doctorales' (TESEO), en la que quedan registradas todas las tesis presentadas y aprobadas por el sistema universitario español.

La búsqueda se realizó siguiendo los siguientes criterios: encontrar todas las tesis publicadas que contuvieran la 'frase exacta' gripe A, tanto en su título, como en su resumen o *abstract*, o en ambos.

Tras la primera obtención de resultados 'en bruto' se procedió a la selección de aquellas investigaciones que, en un análisis más pormenorizado, se comprobara que efectivamente estaban relacionadas con nuestro objeto de estudio.

En la **fase hermenéutica** se leyeron en profundidad los títulos y resúmenes de las tesis resultantes de nuestra búsqueda inicial para poder eliminar, de este modo, las tesis que a pesar de tratar en algún apartado gripe A, no estaban directamente relacionadas con nuestra investigación. Por ejemplo, aquellas tesis que trataban otros temas y hacía alguna referencia puntual a la enfermedad que a nosotros nos ocupa.

El resultado final fue un listado de 20 tesis doctorales de interés.

### **Realización del marco teórico**

El marco teórico es el pedestal sobre el que se sustenta toda la investigación. Y, por lo tanto, constituye los cimientos sobre los que se construye posteriormente el trabajo práctico, su análisis, su discusión y la obtención de conclusiones.

En este apartado de nuestro estudio se deben aclarar todos los conceptos teóricos que es necesario que el lector conozca para que tenga una imagen, lo más completa posible, del tema objeto de estudio antes de



comenzar con el ejemplo práctico del que obtendremos la información científica.

Una buena base teórica es la garantía de que nuestra investigación se entienda y sea de utilidad.

Por todo lo referido anteriormente, era fundamental que nuestro marco teórico explicara la crisis sanitaria de 2009 y 2010, tema central de nuestro trabajo, desde todos los ángulos posibles.

Y, para garantizar el cumplimiento de este objetivo, se decidió analizar la gripe A **desde sus aspectos más generales, hasta los más específicos** relacionados con la meta de nuestra investigación. Pudiendo construir, de este modo, una visión que avanzara desde lo global, hasta los detalles más concretos. Por lo que dividimos nuestro marco teórico en dos partes diferenciadas: general y específico que, a continuación, procedemos a explicar.

#### Marco teórico general

En el mismo título de nuestra investigación: *“Comunicación de crisis en los gabinetes de prensa sanitarios. Tratamiento de la información de la gripe A y su repercusión en la evolución de los modelos de comunicación social”*, se observa que nuestra investigación se sustenta en tres conceptos básicos que envuelven el concepto más amplio de la gripe A: **la comunicación social, la salud y la idea de crisis**. Y, en consecuencia, hemos construido nuestro marco teórico general en torno a los mismos.

Para ello, hemos comenzado desmenuzando el concepto de **comunicación social**. Para que este tipo de transmisión de información se produzca tiene que existir una comunicación -del tipo que sea- y un público que la reciba y que, posteriormente, cree su propia opinión respecto a lo comunicado. Por lo que hemos analizado las principales teorías, definiciones y datos existentes en torno a la comunicación, la información y la opinión pública.

A mayores, era necesario abordar también la figura de los agentes que hacen posible la existencia de todos los conceptos anteriores. Las figuras ejecutoras de los mismos, sin los que la comunicación o la opinión pública serían meras ideas teóricas que no podrían llevarse al plano práctico.

Estos agentes son los gabinetes de prensa, los medios de comunicación y la sociedad. Y, por supuesto, de todos ellos se habla, asimismo, en nuestro marco teórico general.

Dentro de la comunicación social, era importante analizar también uno de los aspectos básicos del intercambio de información en nuestros días: el papel de internet. Incluyéndose en nuestro estudio un apartado específico sobre gestión comunicativa en la Red.

Posteriormente, avanzando en el estudio, llegamos al segundo gran concepto que sustenta los cimientos de nuestra investigación: **la salud**.

Este campo de interés es de una gran amplitud y, por eso, era necesario centrar la parte del mismo que nos interesaba para nuestros fines. En nuestro caso lo que era necesario abordar era la relación entre salud y sociedad, y entre salud y comunicación.

Por lo que nuestro marco teórico tenía que profundizar en las ideas de información sanitaria y sus características, abordando aspectos como la legislación vigente en materia de comunicación y salud, o el concepto de salud pública -fundamental a la hora de hablar de problemas de salud globalizados, epidemias y pandemias, como la gripe A-.

También hemos analizado los estudios previos existentes sobre las consecuencias que la comunicación sanitaria tiene en el público que la recibe. Y, fundamentalmente, la alerta social que pueden producir los problemas de salud pública.

Finalmente, abordamos el tercer gran pilar de nuestro estudio: la idea de crisis. Este concepto también se abordó desde el punto de vista comunicativo, ya que es éste el enfoque que realmente influye en nuestra investigación. No obstante se incluyó asimismo un acercamiento inicial al concepto general de crisis que nos sirve para enmarcar y centrar nuestra presentación teórica al respecto.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, el esquema final de nuestro marco teórico general se basa en estos puntos clave ya expuestos:

- Comunicación y opinión pública.

- Gestión comunicativa de la actualidad: los gabinetes de prensa y los medios de comunicación.
- La influencia de las nuevas tecnologías en la gestión de la comunicación: Internet y social media.
- Comunicación y salud.
- Salud pública.
- Comunicación de crisis.

### Marco teórico específico

En esta segunda parte de nuestro marco teórico había que empezar a profundizar. Aquí ya no se trata de dar una idea global al lector, sino de presentarle los conceptos que necesita para poder comprender la aplicación práctica de nuestra investigación y, por supuesto, también las conclusiones obtenidas de los datos empíricos.

A partir de nuestro planteamiento inicial podemos observar cuáles eran los aspectos fundamentales a tratar en nuestro desarrollo teórico específico.

En primer lugar había que abordar la **gripe A como enfermedad**. Si no entendemos en qué consistió realmente el problema de salud del que vamos a hablar, no podemos obtener conclusiones válidas sobre el mismo.

Por ello se analizó el virus H1N1 desde un punto de vista médico y científico, repasando además otros conceptos de relevancia para nuestro estudio como los de epidemia y pandemia o el ciclo de vida de los virus.

Asimismo y basándonos en la premisa utilizada por pensadores como Pierre Villar (1980) de que *“hay que comprender el pasado para conocer el presente”*, era necesario mencionar las principales pandemias que se han producido en los siglos XX y XXI y conocer el comportamiento de las enfermedades virales, en conjunto, con el fin de simplificar la comprensión del comportamiento concreto de la gripe que nos ocupa.

Una vez presentados los aspectos científico-médicos del problema a tratar, hay que explicar cómo se desarrolló el problema de salud protagonista

de nuestra investigación tanto en España como en Castilla y León. Es decir, exponer detalladamente, la **cronología de la gripe A**.

Este es uno de los apartados más importante de nuestro marco teórico ya que, para poder entender las noticias que se publicaron sobre esta crisis sanitaria, hay que saber cuándo y de qué manera se produjeron los hechos que éstas narran. Es necesario que el lector de nuestro estudio sepa cuándo se produjo cada hecho hito del desarrollo de la enfermedad, para poder valorar la cobertura que hicieron de ellos los medios de comunicación.

Aquí incluimos la historia del virus H1N1 desde su aparición, en abril de 2009, hasta el fin de su expansión masiva, en febrero de 2010.

Por otro lado, en el marco teórico se hace especial hincapié en un aspecto que tuvo especial relevancia en la comunicación de la crisis sanitaria de la gripe A: **la prevención**. Abordando, especialmente, la explicación sobre la vacunación de la misma y el uso de antivirales. Conocer estas medidas sanitarias desde un punto de vista científico ayuda a valorar el uso que se hizo de ellas durante la pandemia.

Y, tras entender la enfermedad y saber cómo se desarrolló la misma, llegamos al análisis de **la comunicación** realizada en su desarrollo.

Para abordar la gestión comunicativa realizada, al igual que ocurría en el marco teórico general, es fundamental abordar el tema de los agentes que lo hicieron posible. En consecuencia, nos acercamos a los conceptos teóricos del proceso de producción informativa sobre el virus H1N1 desde dos puntos de vista: la comunicación institucional y la comunicación mediática. En esta última se incluye, además, una breve definición y descripción de los dos medios de comunicación utilizados para nuestro análisis práctico: *El Norte de Castilla* y *El País*.

Por lo tanto, tras lo expuesto, el esquema de nuestro marco teórico específico se sustenta sobre los siguientes puntos:

- Definición científica de la gripe A (virus H1N1) .
- Distintos tipos de gripe.
- Conceptos de epidemia y pandemia.

- La gripe A desde el punto de vista epidemiológico.
- Consecuencias médicas del virus H1N1 en la salud.
- Cronología de la gripe A.
- Prevención frente a la gripe A.
- Comunicación institucional y gripe A.
- El papel de los medios de comunicación durante la gripe A.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Marco teórico general: comunicación, salud y crisis

#### 4.1.1 Comunicación y opinión pública

##### **Conceptos de comunicación e información**

La comunicación y la información son dos elementos intrínsecos a la vida humana. Sin ellos no sería posible la interrelación del ser humano con la sociedad que le rodea y su existencia se vería abocada al aislamiento. Y esto no es una opción para una forma biológica que es sociable por naturaleza, tal y como sostiene el filósofo alemán Martin Heidegger al explicar que una de las estructuras esenciales del ser humano es el *mitsein* (ser con), lo que significa que el hombre existe siempre con relación a los demás.

Los seres humanos vivimos en grupos (familia, empresa, comunidad, amigos, organizaciones...) y nuestras acciones están condicionadas por nuestra pertenencia a los mismos. Tal y como establecía el Darwinismo al señalar que los seres se adaptan al medio para sobrevivir y, en consecuencia, actúan en función de lo que les rodea.

Esta misma idea es ampliada por Carabaña y Lamo de Espinosa (1978: 160) al apuntar que efectivamente la sociedad afecta a lo que somos como personas pero que, además y a la misma vez, nosotros también influimos en el entorno que nos rodea y lo modificamos con nuestras acciones y decisiones:

*“El individuo es concebido como activo frente al ambiente y éste como moldeable por el individuo; y viceversa, el individuo también es flexible para poder adaptarse al ambiente mismo. La relación entre ambos es de interacción y mutuo influjo”.*

Además son las agrupaciones sociales las que conforman, al menos en parte, nuestra personalidad. Puesto que ésta está constituida por la unión de factores tanto genéticos como aprendidos, que determinarán nuestra conducta y nuestra forma de proceder.

Hay autores como el psicólogo alemán Eysenck que en su texto titulado 'Estudio científico de la personalidad', publicado en 1952, desglosa la idea de que lo que diferencia a unas personalidades de otras es la herencia genética de cada persona. Por ejemplo la inteligencia natural puede determinar que un individuo de mayor cociente intelectual presente una personalidad más compleja y multidimensional, que otro con un cociente menor. Mientras que los autores pertenecientes a la teoría psicológica del Conductismo, al tomar como objeto de estudio sólo los elementos observables, consideran que la conducta es el producto de las interacciones con el ambiente basados en el binomio estímulo-respuesta. No obstante, tanto si aceptamos que nuestra personalidad la conforman factores genéticos como aprendidos, o la suma de ambos, debemos afirmar que el entorno en el que nos desarrollamos condiciona muchos de nuestros actos. Tal y como indican los autores antes mencionados (Carabaña y Lamo de Espinosa. 1978: 162) al decir:

*“El acto se define, por tanto, como la totalidad de los aspectos internos y externos de una acción. No es una simple respuesta, sino una adaptación activa del organismo respecto al medio”.*

Por lo que podemos concluir que somos estructuras sociales: *“la persona es una estructura social que surge de la experiencia social y que es objeto para sí misma porque es un reflejo de esta experiencia”*, (1978: 164).

Y es aquí donde damos un paso más. Ya que, para poder desarrollar correctamente nuestro carácter social, debemos potenciar nuestra capacidad de relacionarnos con lo que nos rodea. Tarea para la que es imprescindible tener la capacidad de comunicarnos con los demás. Tenemos que saber transmitir y recibir información, ya que: *“la comunicación es tan universal como la sociedad, y viceversa, la sociedad es tan extensa como la comunicación”*, (1978: 167).

Llegando de este modo a la confirmación del eje central de la teoría del **interaccionismo simbólico**, defendida por autores como Mead: la sociedad es fundamentalmente interacción.

Profundizaremos por lo tanto, a continuación, en los conceptos de comunicación e información, claves de cualquier interacción social.

Ambos términos tienen aspectos en común, ya que los dos forman parte del denominado 'proceso de la comunicación'. Pero no hay que confundirlos: uno es consecuencia del otro, tal y como explica Ángel Benito (1982: 185):

*“El concepto unificador que se trata de hallar es el llamado ‘proceso de la comunicación’, aunque no hay que confundir ‘información’ y ‘comunicación’, pues la comunicación es la consecuencia sociológica del proceso, y el proceso es la información”.*

Esta postura, que diferencia ambos conceptos, es apoyada también por otros autores como Gonzalo Abril en publicaciones más recientes (2007: 59). Así al hablar de 'información' afirma que:

*“Incluso en contextos académicos mediáticos y políticos se suele dar por buena su equivalencia con el concepto de ‘comunicación’, una sinonimia que no resiste el test lingüístico más elemental”.*

No obstante el autor, preocupado por la falta de precisión semántica existente a la hora de definir la idea de 'información' en numerosos trabajos y convencido de que el uso de este concepto *“parece responder a las demandas económicas, sociotécnicas y, claro está, también epistémicas que gobiernan una sociosfera supuestamente globalizada”* (2007: 59), ofrece su propia versión.

Para Abril la información, en la sociedad actual, está relacionada con la formación cultural y es la base de la transmisión del conocimiento. Así lo explica (2007: 63-64):

*“Las sociedades modernas (y/o posmodernas) fueron transformándose en sociedad desde la información en la medida en que se adoptaron y extendieron determinados medios de producción, intercambio y difusión del conocimiento. Para que este proceso fuera posible, las más variadas prácticas comunicativas: desde la enseñanza al periodismo, desde la documentación a la interpretación y traducción de idiomas, de la cartografía al patronaje industrial, del arte audiovisual al diseño de máquinas inteligentes, precisaron infraestructuras tecnológicas e institucionales comunes. Lo cual suponía la existencia de marcos compartidos de conocimiento teórico y práctico, de vocabularios,*



*destrezas, memorias e imaginarios, estilos cognitivos y formas de la sensibilidad y del sentimiento”.*

De lo que se infiere que la información y sus formas de transmisión son lo que hace avanzar las sociedades y la conforman. Siendo así, por ejemplo, el cemento sobre el que se ha edificado el actual modelo de comunicación en el que los medios electrónicos son “*dispositivos fundamentales de mediación*” (2007: 63).

Pero para comprender este planteamiento, debemos avanzar primero también en el concepto de comunicación.

Las tres primeras acepciones de la definición que ofrece la Real Academia de la Lengua sobre la palabra ‘**comunicación**’ nos dan un primer acercamiento válido a este término. Según su diccionario, comunicación es:

“1. *f. Acción y efecto de comunicar o comunicarse.*

2. *f. Trato, correspondencia entre dos o más personas.*

3. *f. Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor”* (Real Academia de la Lengua (RAE). Página web. Febrero 2015).

Las dos primeras explicaciones confirman ese aspecto social de la comunicación que comentábamos con anterioridad, subrayando la relevancia de la comunicación en el trato con los demás. Y la tercera profundiza más en el proceso y acciones que requiere el acto de comunicar y en el que se incluyen sus elementos básicos: emisor, receptor, código, canal, mensaje y contexto.

Todos ellos relacionados, a su vez, con nuestro otro concepto objeto de estudio: la **información**. Ya que la información es lo que se transmite al comunicar. O lo que es lo mismo, es lo que conforma el mensaje, que lanza el emisor y que llega al receptor a través del canal seleccionado y con un código compartido. La información facilitada en el mensaje se completará, además, con los datos añadidos por el contexto en el que se desarrolle el proceso comunicativo.

Por lo se concluye que la comunicación no puede producirse sin información.

Y esta transmisión de información a través de los procesos comunicativos se puede realizar por varios motivos. Cuando un emisor transmite un mensaje lo hace con una finalidad, con una intención. Y ésta puede variar dependiendo del objetivo final que busque la persona que comunica.

Uno de esos posibles motivos para transmitir información, sobre el que además gira nuestra investigación, es el periodismo.

La **información periodística** ha sido definida, del siguiente modo por el escritor y periodista Álex Grijelmo (2001: 30):

*“Es información todo aquel texto periodístico que transmite datos y hechos concretos de interés para el público al que se dirigen, ya sean nuevos o conocidos con anterioridad. La información, en sentido estricto, no incluye opiniones personales del periodista ni mucho menos, juicios de valor”.*

De este texto podemos deducir las tres características básicas de este tipo de información:

1. Debe ser objetiva, ajustarse a la realidad y transmitir hechos y no valoraciones.
2. Debe poseer interés social y aportar datos de utilidad general. Ha de informar, formar o entretener.
3. Se debe dirigir a un público amplio. El emisor o periodista no elabora la información para un solo receptor, sino para varios. El interés social que debe poseer la información periodística obliga a que ésta llegue a todo un grupo social o poblacional.

Y con la tercera característica mencionada alcanzamos una última definición que debemos tener en cuenta a la hora de abordar los conceptos básicos de información y comunicación: la **comunicación de masas**.

La información periodística se dirige a ‘la masa’, es decir, a la sociedad. Y por lo tanto el proceso comunicativo varía. El canal tiene que ser capaz de llegar a múltiples receptores y no puede depender de la comunicación directa entre emisor y receptor. Por lo que se recurre a los medios de comunicación de

masas para transmitir nuestro mensaje de manera generalizada y no dirigida a un único objetivo.

Aunque esto no siempre fue así. Ya que tal y como indica Humanes (2001: 2): *“los ciudadanos griegos utilizaban el ágora para debatir públicamente asuntos del interés general, y en los parlamentos liberales los diputados dirigían los debates sin tener que contar con la prensa”*.

Esta misma autora indica que, realmente, fue *“la prensa de finales del siglo XIX la que se convirtió en una institución poderosa”*. Pero nosotros no podríamos entender la actualidad sin los mass media. Y, por lo tanto, el concepto presente de comunicación de masas tampoco podría explicarse sin su intermediación.

Por otro lado, no hemos de olvidar tampoco que en todo proceso comunicativo puede existir también una respuesta, retroalimentación. Y en el caso de la comunicación de masas esa respuesta será, igualmente, masiva.

Nos enfrentamos entonces a la opinión pública.

### **Opinión pública: definición y origen**

No existe una **definición única** del término de opinión pública, a pesar de que, tal y como explica Noelle-Neumann (1995: 83): *“generaciones de filósofos, juristas, historiadores, teóricos de la política y periodistas universitarios se han estrujado el cerebro en un intento de proporcionar una definición clara”*.

No obstante, como es un concepto importante para el desarrollo de nuestro trabajo trataremos de acercarnos a su significado recurriendo, una vez más, a la RAE. Esta institución establece, en su diccionario web, que la opinión pública es: *“sentir o estimación en que coincide la generalidad de las personas acerca de asuntos determinados”*.

De esto se infiere que la opinión pública es la idea o visión común que un grupo de personas tiene sobre un tema concreto. Sea cuál sea la temática en cuestión: social, jurídica, religiosa, política...

Aunque esto no siempre se ha considerado del mismo modo. Ya que, en sus orígenes, este término se empleaba casi de manera única para referirse a opiniones de carácter **político**.

Así lo explica Vincent Price (1994: 22). Él señala que el origen del término proviene de los escritores franceses del siglo XVIII, cuando éstos *“hacían uso extensivo de la opinión pública para referirse a un fenómeno más político que social, a menudo en unión con ‘bien público’ (bien public), ‘espíritu público’ (esprit public), ‘conciencia pública’ (conscience public) y otros términos relacionados”*.

Esto es debido a la relación de la idea de lo público con otras, como el poder público o el derecho público, íntimamente relacionadas con el concepto de estado.

Sin embargo, si consideramos lo ‘público’ desde el punto de vista psicosociológico nos damos cuenta de que, como dice Noelle-Neumann (1995: 87) *“el individuo no vive sólo en ese espacio interior en el que piensa o siente. Su vida también está vuelta hacia afuera, como un todo”* y esto genera en él una necesidad de consenso que le haga sentirse parte de ese ‘todo social’. Y, por lo tanto, la opinión pública dejaría de estar solamente relacionada con la esfera política y abarcaría también todas las demás dimensiones de las **relaciones sociales**.

Por otra parte, hay que señalar que la alfabetización y la libertad de expresión son otros aspectos básicos a referir a la hora de comprender lo que es la opinión pública. Para que la opinión de un colectivo social pueda escucharse y darse a conocer es fundamental que los integrantes del mismo sepan expresarse y tengan capacidad y derecho a hacerlo.

Y, precisamente por esto, hay tres **hitos históricos** que facilitaron la aparición del concepto de opinión pública: la creación de la imprenta de tipos móviles (S.XV), la expansión de la alfabetización (S.XVI) y la Reforma Protestante (S.XVI) que facilitó el acceso a la lectura no religiosa y redujo la autoridad y control de la información por parte de las esferas eclesiásticas.

Todo esto hizo que, según destaca Price (1994: 23), en los siglos siguientes surgieran instituciones sociales en las que intercambiar e

información como, por ejemplo, los cafés de Inglaterra, los salones de París o las sociedades de tertulias de Alemania (S.XVIII). Lo que derivaría, posteriormente, en las primeras rebeliones contra el orden establecido como fue, por ejemplo, la consolidación de la burguesía y las críticas liberales contra el Estado absolutista acaecidas en el S.XVIII.

Así lo resume Nathans (1990: 625): *“el libre intercambio de información y crítica, y el razonamiento abierto se convirtieron en los instrumentos de la ‘afirmación pública’ en cuestiones políticas”*.

El pueblo gana así, capacidad de influencia, decisión y poder.

Con la generalización posterior de los **medios de comunicación de masas** (prensa, radio y televisión) y el acceso a los mismos de los ciudadanos a través de fórmulas como las cartas al director, las tertulias o los testimonios, la opinión pública comenzó a transmitirse de un modo mucho más rápido y a extenderse con mayor facilidad entre las distintas capas sociales.

En la actualidad vivimos, asimismo, una nueva revolución relacionada con la expansión y fuerza de la opinión pública: la aparición de **Internet** y las **redes sociales**.

Estas herramientas digitales han logrado que las opiniones de la sociedad se transmitan sin ningún tipo de censura y en tiempo real, multiplicando mucho más que con los medios de comunicación de masas el alcance potencial de la opinión pública.

Las diferencias comunicativas entre los *mass media* tradicionales e internet han sido recogidas, en este cuadro, por Aguirre Sala (2012):

**Tabla 11 Diferencias comunicativas entre los medios tradicionales y los digitales**

Diferencias de condición comunicativa para la participación ciudadana Mass Media Tradicionales y New Media (periódicos, cine, radio y televisión) (facebook, twitter, e-mail, wikis, etcétera.)	
Conicionados a la economía del mercado y la planeación de reelección política	Causados por el obsequio de software libre y de contenidos sin compromisos
Utilizados sólo por profesionales y a veces aceptan a amateurs	Utilizados por amateurs que ven como iguales a los profesionales
Poseen barreras altas de ingreso	No tienen barreras de ingreso
Sólo los emisores son protagonistas: uno habla y muchos escuchan, uno aparece y muchos contemplan	La propagación en “tiempo real” transforma al receptor en protagonista: todos twittean, hacen envíos, todos “suben” a todos
Buscan complacer a electores, clientes y consumidores	Cada usuario es un elector y potencial interlocutor
Requieren de un aval público que los somete a censura	Carecen de censura y su registro multiplica los enlaces en red
La censura “supone” los intereses de los lectores	Los lectores (seguidores) son censura real
Carecen de sentido si no apoyan a un grupo hegemónico	Buscan sentido independientemente de su impacto a grupos de poder
Fracasan con poca audiencia	Son indiferentes ante pocas respuestas y el incremento de su valor es exponencial al número de usuarios
Sólo los emisores dotan de valoración al medio y sus contenidos	El usuario interactivo genera utilidad, práctica y valor
La emisión-recepción no transforma al contenido ni al medio	La participación genera un bien comunicativo que mejora al contenido, al medio y al usuario
Sólo se dirigen al público, pues son colonizadores de la esfera privada.	Influyen en la audiencia y en el mismo medio, pues elevan lo privado a lo público
Su utilidad es sólo receptiva	La utilidad es variada Twitter: movilización Blog: espacio deliberativo Facebook: difusión y crecimiento Web federada: colaboración, protección y organización
Generan mega-relatos hegemónicos; imponen modelos centralizados	Destruyen los mega-relatos alienantes; construyen las periferias
Acotan la territorialidad y unifican las significaciones	Provocan desterritorialización y ordenes simbólicos e imaginarios libres
Construyen identidades ciudadanas uniformes conforme a grupos empoderados	Edifican ciudadanos en una gama de identidades emancipadas y diferenciadas

Fuente: Aguirre Sala, J. F. La participación ciudadana mediática para descentralizar al Estado (Citizenship.com.2.0).

## **Comunicación y opinión pública: principales teorías**

Ha habido tres grandes teorías en torno a la relación de influencia que existe entre los profesionales del periodismo y medios de comunicación, y la audiencia u opinión pública. Y, cada una de ellas, ha sido predominante en un momento histórico determinado.

En un primer periodo se consideraba que la influencia de los medios de comunicación sobre la masa era absoluta. Es aquí cuando surge la teoría de la ‘aguja hipodérmica’ o ‘bala mágica’. Y, siguiendo a autores como Mauro Wolf (2001: 33) podemos afirmar que es la primera gran corriente de pensamiento en torno a la relación ya mencionada: *“En la literatura mediológica, el modelo de la teoría hipodérmica generalmente se sitúa en los comienzos como primer momento de reflexión sobre las comunicaciones de masas”*.

Esta teoría tiene su máximo representante en Harold Lasswell, quién la aborda en su obra ‘Técnicas de propaganda en la guerra mundial’ de 1927.

Los trabajos de este autor se desarrollaron en un momento histórico marcado por las tensiones internacionales del periodo de entreguerras. Y se centraron en observar cómo se podían manipular las filiaciones de los ciudadanos a un bando político u otro sin necesidad de recurrir a la violencia. Es decir, de manera poco perceptible, utilizando técnicas de comunicación dirigidas como la propaganda o la utilización favorable de la masa, o lo que es lo mismo, de la opinión pública.

La ‘bala mágica’ mantiene que los mensajes emitidos por los medios de comunicación llegan a la audiencia, de manera directa y uniforme. Al igual que si las ideas fueran inyectadas en el público mediante una aguja o una bala.

Esta hipótesis ha sido, no obstante, muy criticada. Especialmente por su consideración de que un mensaje llegará por igual a todos los receptores, sin tener en cuenta las circunstancias y características personales y ambientales en las que se encuentra cada persona. Las ideas de Lasswell obvian uno de los elementos básicos de la comunicación: el contexto.

Uno de los autores más críticos con Lasswell fue Paul Lazarsfeld (1948) quien afirma que las características y cuestiones sociales determinan las

elecciones y opiniones de la audiencia, negando así la omnipotencia de las técnicas de difusión masiva utilizadas, por ejemplo, por los medios de comunicación.

Estas críticas y el cambio de momento histórico hicieron que, poco a poco, comenzaran a surgir otros pensadores que, junto con Lazarsfeld, empezaron a plantear una nueva hipótesis acerca de la relación entre medios de comunicación y opinión pública. Algunos de estos autores fueron Carl Hovland o Bernard Berelson.

Todos ellos sientan las bases de una nueva forma de pensar basada en la idea de que los medios de comunicación influyen en la opinión pública, pero que esa influencia no es directa e infalible, sino que está delimitada por los factores que rodean al proceso comunicativo.

Nace así la **teoría de los ‘efectos limitados’**, que Wolf explica del siguiente modo (2001: 42):

*“La concepción en clave reductora de la influencia de los medios está basada, por un lado, en la individualización de los mecanismos selectivos a nivel individual, y, por el otro, en el arraigo del proceso comunicativo en el proceso social. Los efectos de los medios se desarrollan dentro de la red compleja de las interacciones sociales: de este factor provienen tanto los límites de la influencia como su orientación más hacia el refuerzo de actitudes preexistentes que hacia su cambio”.*

Es decir, que las personas no somos lienzos en blanco y que, por lo tanto, las informaciones no nos llegan a todos por igual. La opinión pública está formada por individuos y, cada uno de ellos, está influido por sus experiencias previas, su educación, sus conocimientos, sus circunstancias personales... etc. Y, en consecuencia, los mensajes emitidos por los medios de comunicación llagarán a cada uno de ellos limitados por el bagaje social y personal de los mismos.

Dentro de estos ‘efectos limitados’ podemos incluir también la **teoría de la espiral del silencio** de Noelle Neumann, expuesta ampliamente en su obra ‘La espiral del silencio. Opinión pública: nuestra piel social’ (1995).



Las ideas sobre las que se apoya la teoría de Neumann aparecían ya, aunque de manera secundaria y sin definir con tanta exactitud, en escritos anteriores de otros autores como Jean-Jacques Rousseau, David Hume, John Locke, Martin Lutero, Maquiavelo o John Hus (Neumann, 1995: 25).

Y, por lo tanto, podemos afirmar que se apoya en planteamientos anteriores como los de Locke (1987: 476-479) sobre la necesidad de los seres humanos de saberse aceptados por la sociedad en la que viven. Él afirma que las opiniones individuales se moldean en función de la ‘Ley de la moda’ con el fin de no discrepar del grupo al que se pertenece y no sentirte rechazado: *“No hay uno entre diez mil lo suficientemente firme e insensible como para soportar el desagrado y la censura constante de su propio círculo”*.

Esta necesidad de sentirse incluido hace que una persona que opina distinto al resto tienda a callarse y ocultar esa opinión discordante, lo que origina que si otras personas piensan como ella tampoco se atrevan a expresarlo. De este modo, se genera una ‘espiral de silencio’ que causa que la opinión aparentemente mayoritaria (que es la expresada públicamente) pueda no serlo, ya que puede haber otra corriente de pensamiento con más seguidores que permanezca oculta entre las sombras porque ningún individuo se atreve a sacarla a la luz e ir, de ese modo, en contra de la ‘Ley de la moda’ de Locke.

Así lo explica la propia Noelle-Neumann (1995: 22), tomando como ejemplo un proceso electoral alemán de 1965:

*“Las observaciones realizadas en unos contextos se extendieron a otros e incitaron a la gente a expresarlas o a ‘tragárselas’ y mantener el silencio, hasta que, en un proceso en espiral, un punto de vista llegó a dominar la escena pública y el otro desapareció de la conciencia pública al enmudecer sus partidarios. Éste es el proceso que podemos calificar como ‘Espiral del Silencio’.”*

En el momento al que se refiere la autora, la tendencia dominante era apoyar al partido socialdemócrata alemán y la silenciada era ser defensor del grupo cristianodemócrata, pero es aplicable a cualquier otra situación pública.

Todo esto se sustenta también, por lo tanto, sobre las teorías del miedo al aislamiento. Tal y como lo expresa Tocqueville (1952: 207) al hablar de los resultados de los experimentos sociales analizados por él: *“temiendo el aislamiento más que el error, aseguraban compartir opiniones de la mayoría”*.

Por otro lado la **teoría de la aguja hipodérmica o bala mágica** profundiza también en el concepto de opinión pública, pero lo hace desde una perspectiva totalmente distinta a la de la ‘Espiral del silencio’. Ya que la hipótesis de Neumann habla de las reacciones espontáneas de la sociedad ante la presión pública, mientras que la otra expone cómo la opinión pública puede ser manipulada de forma consciente olvidando, por tanto, ese carácter de reacción humana y natural y centrándose en la intencionalidad a la hora de dirigir el pensamiento de un grupo social.

Tras todos estos planteamientos, en la actualidad se está volviendo a plantear la necesidad de volver a analizar cuál es la verdadera influencia de los medios de comunicación de masas. Hoy se está retomando, al menos en parte, la idea de que los medios son poderosos.

Así lo explica Wolf (2001: 48):

*“Hoy estamos en una fase de revaluación del poder de influencia de los medios y, además, el estudio de los efectos ha desplazado también su atención hacia las influencias a largo plazo, sobre todo aquellos que se ejercen ya no sólo sobre cada individuo sino sobre el sistema social entero o sobre parte de él”*.

Esto se debe a la aparición de nuevas formas de **comunicación masiva**, como internet y las redes sociales, que van más allá de transmitir una información siguiendo el esquema clásico de emisor-receptor, llegando a formar parte de nuestra vida cotidiana y logrando, incluso, modificar nuestras rutinas y costumbres.

No obstante, el estudio de la relación entre los conceptos de comunicación y opinión pública va más allá del análisis de los efectos que los medios tienen en la sociedad y abarca, asimismo, el abordaje de los motivos sociales que hacen que una información se considere o no noticia y de cómo esta selección influye en la visión de la realidad que tiene el público.

La audiencia ve una parte de la realidad: la que los medios le quieren mostrar. Humanes (2001: 1):

*“Las noticias no son un reflejo de la realidad, sino una representación de la misma, una (re)construcción de los acontecimientos en forma de discurso, resultado de varios factores entre los que se encuentran los procesos de selección llevados a cabo por los periodistas, las condiciones de producción y los formatos de los medios. Así, las noticias no son nunca neutrales, ni por supuesto objetivas, sino historias cuyas fuentes son los acontecimientos de la realidad, pero no deben confundirse con ellos”.*

Esta selección de la información que llega a los ciudadanos, esta forma de elegir el **encuadre mediático o ‘framing’** (término del que también habla esa autora), refleja que los medios de comunicación nos señalan sobre qué temas tenemos que pensar y cómo debemos pensar sobre esos asuntos; influyendo de este modo en la opinión pública. Es la teoría de la segunda dimensión, actualización de la teoría de la agenda setting, explicada también por Humanes (2001).

El concepto de ‘framing’ ocupa un lugar destacado en los estudios de comunicación de los últimos veinte años, tal y como indica Sádaba (2001:143), y es relevante a la hora de encarar una investigación social como la nuestra debido a sus aportaciones para entender, entre otros tipos de comunicación, la comunicación política:

*“En las últimas décadas es muy significativa la importancia que ha adquirido el framing como herramienta estratégica de la comunicación política (...), y también como herramienta de análisis comunicativo del sistema político”.* Vicente (2009: 20).

No obstante, esta relación intelectual que se realiza en la comunidad científica entre ‘framing’ y ‘comunicación’ no ha sido una constante en la historia del estudio de los procesos periodísticos, sino que ha sido el resultado de un proceso de evolución conceptual.

En un primer momento, la idea del encuadre estaba más relacionada con el campo de la psicología. Era la etapa en la que predominaba la definición de Bateson:

*“Fue el antropólogo Gregory Bateson quien, refiriéndose al proceso de recepción de mensajes, había acuñado el concepto de frame en 1955 para definir el contexto o marco de interpretación por el que la gente se detiene en unos aspectos de la realidad y desestima otros” (Sádaba, 2001:149).*

Es decir, los ‘frames’ eran recursos de la mente de cada individuo para definir su realidad y seleccionar los aspectos de ella que más le interesan.

No fue, por lo tanto, hasta la década de los 70 cuando la teoría del encuadre se hizo un hueco en el campo de la sociología de la mano de Erving Goffman, saliendo del individuo y considerándose un factor a tener en cuenta también en la manera de interpretar la realidad de un grupo de personas, de una sociedad. Así lo expone el propio Goffman, tal y como cita Teresa Sádaba:

*“Las definiciones de una situación se construyen de acuerdo con principios organizativos que gobiernan los acontecimientos, al menos los sociales, y nuestra implicación en ellos. Frame es la palabra que uso para referirme a esos elementos”. (Sádaba, 2001:150).*

Y es, precisamente este desplazamiento de considerar el encuadre como una herramienta de la mente de cada individuo, a verlo como una herramienta de interpretación social, el que permite la utilización posterior de esta teoría en el ámbito de la comunicación:

*“La teoría del encuadre se desarrollará en la sociología y se trasladará al estudio de los medios de comunicación en cuanto que también los periodistas interpretan realidades para darlas a conocer a las audiencias” (Sádaba, 2001:148).*

De lo que se deduce que los periodistas, tanto de medios de comunicación como de gabinetes de prensa, son ‘prescriptores’. Es decir, son responsables de elegir qué aspectos de la realidad se ponen bajo los focos de los mass media, qué hechos de todos los acaecidos son los que ‘se enmarcan’.

Y, por lo tanto, son los encargados de decidir qué realidades deben destacar sobre las demás. Son los que escogen los temas que van a ocupar la agenda mediática de la opinión pública. Aspecto de gran relevancia para nuestra investigación.

Por otro lado habría que señalar, asimismo, que existe otra idea teórica, relacionada con las ya mencionadas, denominada ‘priming’ o efecto de primacía. Esta teoría es la utilizada para señalar que las personas no somos lienzos en blanco y que los contextos anteriores que hemos vivido influyen en nuestra manera de interpretar las informaciones nuevas que recibimos.

No obstante, hay que señalar que actualmente se considera que la teoría de la agenda setting y los conceptos ‘priming’ y ‘framing’ son compatibles y que se diferencian, fundamentalmente, en el nivel teórico al que se vinculan. Así lo explica Vicente (2009: 21):

*“Mientras que la agenda setting y el priming se basan en la accesibilidad (accessibility), entendida como la mayor o menor capacidad de acceso a un tema almacenado en la memoria dependiendo de su relevancia (salience); el framing se fundamenta en el concepto de aplicabilidad (applicability), entendido como la conexión interpretativa entre dos temas. Dicho de otra forma, el framing se basa en la capacidad para generar esquemas interpretativos reconocibles a partir de cambios significativos en el discurso”.*

## **De la opinión a la acción**

La opinión pública puede, además, traer consigo consecuencias intrínsecas. Es decir, un colectivo social rara vez se limita, simplemente, a expresa una opinión.

El público es un colectivo dinámico y, cuando se alcanza un consenso tras un proceso de debate e intercambio de información, lo normal es actuar en consecuencia.

Este concepto de ‘debate público’ es explicado por Price (1994: 100) como *“personas que reconocen un problema, que producen ideas en conflicto*

*sobre lo que hay que hacer, considerando tales alternativas, e intentando resolver el asunto a través de la creación de un consenso sobre una línea de acción”.*

De lo que se deduce que de la opinión pública deriva la discusión social y, que de estos procesos comunicativos surge, a su vez, la acción e incluso el activismo.

#### **4.1.2 Gestión comunicativa de la actualidad: los gabinetes de prensa y los medios de comunicación**

##### **Los gabinetes de prensa: concepto y funcionamiento**

La comunicación es algo que ha existido desde siempre, pero que ha ido evolucionando de un modo imparable a lo largo de los siglos. De este modo, en las últimas décadas, el mundo de la comunicación se ha adentrado progresivamente en el ámbito de las **empresas e instituciones**, dando lugar a un nuevo departamento en sus estructuras: los gabinetes de prensa.

No obstante, hemos de recordar que este fenómeno es algo relativamente reciente en España, ya que hasta 1975 la dictadura franquista impedía que la información se moviera por ningún canal que no fuera los estrictamente oficiales, por lo que la idea de que cada entidad (pública o privada) pudiera tener su propio equipo de informadores era algo impensable.

Sin embargo la necesidad de comunicar es algo que se ha ido incrementando a gran velocidad en los últimos años, especialmente desde la expansión de los **medios multimedia**. Si una empresa o institución no sale en los *mass media* es como si no existiera y, por lo tanto, la necesidad de éstas de tener su propio gabinete de prensa se ha ido convirtiendo en algo primordial.

Así y siguiendo las palabras del asesor de comunicación Julio Feo<sup>2</sup> (2003), se podría decir que el origen de los gabinetes en España se remonta a los años 1968 y 1969, fechas en las que aparecieron las **primeras empresas de comunicación** (como por ejemplo *Ulledén Barcelona*) que abrirían camino,

---

<sup>2</sup>En entrevista publicada en *prnoticias.com*, el 25 de marzo de 2003.

posteriormente, a la entrada de las técnicas de comunicación en el interior de las instituciones.

Por lo tanto, se puede concluir que la comunicación empresarial e institucional es un **sector joven** que, en los últimos años, está creciendo a un ritmo exponencial debido en parte a su importancia a la hora de atajar situaciones de crisis.

Su **tarea** comprende tres de las acciones más importantes a la hora de manejar una situación problemática o inesperada:

- Gestionar la información.
- Seleccionar los mensajes clave que se van a transmitir.
- Elegir a los portavoces más adecuados para cada momento.

Y, para desarrollar estas labores, el gabinete de prensa cuenta con diversas **herramientas** que recogemos, basándonos en las explicaciones de Francisco Marín (2009: 82 y 83):

- Los comunicados. Contienen informaciones sobre asuntos puntuales y de interés relacionados con las actividades de la organización. En situaciones de crisis, el contenido debe centrarse en hechos conocidos y datos contrastados.
- La rueda de prensa. Es un acto dirigido a facilitar información importante a un grupo de periodistas sobre un asunto concreto de gran interés para la entidad convocante, la opinión pública y los medios de comunicación convocados. A ella deben asistir directivos en representación de la empresa, con conocimiento profundo del tema que se vaya a tratar y preparados para dar respuesta a las preguntas de los periodistas.
- La entrevista. Solicitada por el periodista para conocer información directamente de una persona (fuente) concreta, utilizando el método pregunta-respuesta.
- Visita de prensa a las instalaciones de una entidad. Jornada informativa con el objetivo de proporcionar a los periodistas un conocimiento profundo sobre sus actividades.

- Correo electrónico y teléfono. Para la realización de contactos concretos y respuesta de preguntas.

Respecto a este aspecto de las herramientas utilizadas por los gabinetes de prensa para comunicar sus informaciones a los medios de comunicación, hemos de señalar que en la actualidad y según el estudio realizado por Cáceres (2011: 306), los periodistas de fuentes prefieren transmitir la información a través de medios no personales, frente al cara a cara con los periodistas de medios. Así lo explica la profesora:

*"Respecto a cuáles son las herramientas preferibles para los periodistas de fuentes a la hora de establecer los contactos con los periodistas de medios, las respuestas mostraron que, no sólo lo más frecuente es que se lleven a cabo a través de llamadas de teléfono y que cada vez adquieren más importancia las nuevas herramientas de comunicación como el correo electrónico, sino que estos medios se emplean, sobre todo, para sostener las relaciones personales entre el comunicador de fuentes y el comunicador de medios, pero sin descartar también otras alternativas, como la rueda de prensa, cuando el tema lo requiere o respecto a acontecimientos especiales".*

### **Los medios de comunicación: concepto y funcionamiento**

Los medios de comunicación **tradicionales** (o *mass media*) se dividen entre medios escritos (prensa, revistas) y medios audiovisuales (radio, televisión, cine).

Pero todos ellos trabajan con un mismo objetivo. Cuesta (2012: 319): *"la diseminación intencional y pública, por parte de una minoría, de símbolos y significados dirigidos a las mayores audiencias posibles y recibida de una manera más o menos pasiva"*.

En esta explicación se alude al hecho de que los medios de comunicación tradicionales transmiten información a la sociedad sin esperar retroalimentación por parte de estos. Históricamente los medios disponían de vías limitadas de comunicación inversa a través de las que los ciudadanos



podían puede ponerse en contacto con ellos de manera puntual: cartas al director, teléfono de atención al lector, correo postal... No obstante, este aspecto de la explicación de Cuesta ya ha sido superado gracias a la aparición del *social media* o, lo que es lo mismo, los medios interactivos de comunicación social y que abordaremos más adelante.

No obstante, lo que no se puede negar es que los medios de comunicación son la clave de la **comunicación de masas** de la que hemos hablado con anterioridad, pues siempre han ejercido un papel de intermediarios entre el pueblo y el poder (entendiendo por poder cualquier entidad, institución o personalidad con intereses políticos, económicos, empresariales o sociales que quiera comunicar un mensaje a la sociedad).

Y, para poder desarrollar bien esta última labor, es fundamental que los *mass media* mantengan su **independencia**.

Esta independencia se ha intentado cercenar en muchos momentos históricos por parte del poder, como se puede observar, por ejemplo, en este texto sobre las funciones de la prensa del preámbulo de la Ley de Prensa de 1938 (vigente hasta 1966) y que recoge Almuiña (1988: 23):

*“Tan esenciales como las de transmitir al Estado las voces de la Nación y comunicar a ésta las órdenes y directrices del Estado y su Gobierno; siendo la prensa órgano decisivo en la formación de la cultura popular y, sobre todo, en la creencia de la conciencia colectiva, no podía permitirse que el periodismo siguiera viviendo al margen del Estado”.*

Éste ha sido el motivo principal de polémica que ha rodeado siempre la relación existente entre los periodistas de los gabinetes de comunicación empresariales o institucionales y los de los medios de comunicación.

### **Relaciones en la producción periodística: interacción entre los gabinetes de prensa, los medios de comunicación y la sociedad**

Un aspecto clave para que la relación entre estos tres actores sociales resulte efectiva es la **confianza**. Sin ella es imposible que el trabajo de los profesionales de los gabinetes de prensa llegue a los medios de comunicación y, en consecuencia, tampoco a la sociedad. Tiene que existir un entendimiento.

Y, según Habermas, para que esto ocurra hay que recurrir a lo que él llama los ‘sinónimos universales del habla’, que son aquellos requisitos que un mensaje tiene que cumplir para alcanzar un consenso comunicativo entre emisor y receptor. Estos son, según la Universidad de Valencia (1995: 97):

*“1. Inteligibilidad: lo comunicado tiene que ser comprensible para el público objetivo. Tienen que ser capaces de entenderlo.*

*2. Verdad: lo que se transmite tiene que ajustarse a la realidad y a las condiciones de ésta. Debe poder ser comprobado.*

*3. Rectitud normativa: el emisor tiene que aceptar, en su acto comunicativo, un conjunto de normas aceptadas por todos.*

*4. Veracidad: lo que se dice debe ser lo que se cree o piensa. Si se miente la comunicación se rompe”.*

Por lo tanto, para que la información que llega al público final cuente con el consenso y la aprobación de todos los agentes implicados en el proceso comunicativo es fundamental que desde el origen, los gabinetes de prensa, se ajuste a la realidad, a las normas y a la veracidad y se transmita de un modo comprensible.

Asimismo es importante no olvidar, en ningún momento, la **independencia** de los medios de comunicación que antes señalábamos. Y que implica que no tienen la obligación de transmitir los mensajes del mismo modo que los gabinetes de prensa se los hacen llegar. Benito (1982: 186) subrayaba que:

*“Si la situación de comunicación debe ser entendida como poner en conocimiento de un medio de comunicación social unos saberes, mensajes o noticias que interesan a ese medio social, este medio social debe ser considerado como un elemento activo que acoge esos mensajes tal como vienen, que los rectifica, amplía o rechaza”.*

Por lo tanto, teniendo esto en cuenta se eliminaría la posibilidad de que la información que llega a la sociedad esté manipulada por intereses particulares del “poder” representado por los gabinetes de prensa, ya que está en manos del intermediario (medios de comunicación) la decisión final de si los

datos emitidos por estos deben llegar al público o no, o de cómo llega esta información. Los periodistas de los *mass media* deben contrastar, comprobar o completar aquella información que les envían, si lo consideran necesario.

#### **4.1.3 La influencia de las nuevas tecnologías en la gestión de la comunicación: Internet y social media**

Desde que Ray Tomlinson envió el primer correo electrónico en 1971, Internet ha entrado en nuestras vidas revolucionando nuestra rutina diaria.

En algo más de cuatro décadas muchas de nuestras costumbres se han visto alteradas por la llegada del mundo digital. Y los tiempos y maneras de comunicarnos e intercambiar información se han modificado.

**El mundo se ha globalizado** y las distancias se han acortado. La información está a un solo clic de nosotros y podemos hablar con el otro extremo del mundo en tiempo real.

Todo esto ha cambiado nuestra realidad, tanto personal como laboral. Internet es una herramienta básica en todas las empresas, privadas o públicas, y ha simplificado muchas de las tareas realizadas por los trabajadores.

De hecho, el periodista y escritor Juan Luis Cebrián en una entrevista en *El País Semanal*, el 13 de enero de 2002, compara los cambios acontecidos por Internet con los que motivaron la **Revolución Industrial** (siglos XVIII y XIX), momento histórico considerado como el periodo que produjo el mayor conjunto de transformaciones económicas, tecnológicas y sociales de la historia de la humanidad desde el Neolítico:

*“El impacto generado por el mundo digital es equivalente a la revolución industrial; no mayor, pero sí equivalente. La diferencia, que magnifica la situación actual, es que el industrialismo se desarrolló durante muchas generaciones, mientras que el cambio digital se está llevando a cabo en sólo una generación”.*

La Revolución Industrial trajo consigo una expansión de la tecnología (en aquel caso de carácter mecánico) que redujo los tiempos de producción y obligó a la especialización de los trabajadores en habilidades que no eran

necesarias hasta el momento. Y **la Red** ha supuesto exactamente lo mismo: la aparición de una nueva tecnología (en este caso electrónica y digital) que requiere de la adquisición de nuevos conocimientos para su manejo y que ha disminuido, aún más, los tiempos de producción y distribución.

Internet ha supuesto, por lo tanto, una revolución en todos los sectores económicos y el mundo del periodismo ha sido uno de ellos.

La **comunicación** profesional ha vivido a lo largo de la historia dos importantes momentos de cambio con la aparición de la radio (con las primeras emisiones radiofónicas españolas a cargo de Radio Ibérica de Madrid, a finales de 1923 y principios de 1924)<sup>3</sup> y de la televisión (cuyas las emisiones regulares en España comenzaron oficialmente en 1956)<sup>4</sup>.

Estos nuevos inventos trajeron consigo dos novedades relevantes. Por un lado, se llegaba a un mayor número de personas que con la prensa escrita (sobre todo cuando comenzó a generalizarse su uso y pasaron de ser un producto de lujo a un medio de masas) y, por otro lado, apareció el concepto de inmediatez. Las informaciones llegaban a la audiencia de un modo mucho más rápido que a través de los periódicos.

No obstante, ambos conceptos han sido superados por los medios digitales. Internet tiene aún un alcance mayor y es mucho más rápido. De ahí que autores como Luis Martín Cabiedes lo consideren un avance mucho más importante que la radio y la televisión. Así se explica en el prólogo de Estévez (2002: 13):

*“Probablemente, Internet sea la más importante revolución que ha acaecido a los medios de comunicación en su ya larga historia, una revolución aún mayor que la que supuso en su momento la televisión o la radio”.*

A esto hay que añadirle el hecho de que Internet ha aportado algo al mundo de la comunicación que no había traído consigo ni la radio ni la

---

<sup>3</sup> Ministerio de Educación: <http://recursos.cnice.mec.es/media/radio/bloque1/pag3.html>

<sup>4</sup> Ministerio de Educación, <http://recursos.cnice.mec.es/media/television/bloque2/pag2.html>

televisión: el concepto de **medio multimedia**. El periódico ofrece información textual, la radio auditiva y la televisión visual. Pero los medios digitales lo ofrecen todo: texto, sonidos, fotografías, vídeos... Y, además, interrelacionan los datos logrando que el receptor del mensaje se convierta en un **sujeto activo**; ya no tiene que esperar a que la información le llegue, sino que puede decidir qué quiere saber, cuánto ampliarlo, cómo y cuándo hacerlo. Esta novedad se expone así por parte de Parra / Álvarez (2004: 14):

*“Hasta hace muy poco era muy fácil distinguir el medio prensa, de la radio y de la televisión. Eran ‘monomedias’. En la Red, el periódico se ha convertido en multimedia o, para ser más precisos, en un hipermedia. La escritura se mezcla con sonido e imagen en movimiento y se potencia el hipertexto”.*

Asimismo, en esta misma explicación, los autores van aún más allá y cuentan cómo se ha pasado de un ‘periodista convencional’ que, en el proceso de creación de una noticia, sólo se tenía que encargar de buscar la información y contarla; a un **‘periodista digital’** que tiene que intervenir en todas las fases del proceso creativo: elaboración, presentación y distribución de la noticia.

Lo que antes se hacía en equipo, con la colaboración de varias personas que se especializaban cada una de ellas en una acción determinada, ahora recae sobre los hombros de un solo trabajador. Y, por ello, los periodistas tienen que estar hoy preparados en diversos campos que van más allá de las ciencias de la información: manejo de internet, producción de contenidos digitales, gestión de páginas web y redes sociales, edición audiovisual....

Por supuesto, esta nueva era comunicativa trae consigo múltiples ventajas como, por ejemplo, las que ya hemos mencionado de inmediatez y ampliación de audiencia. Y en esta última profundiza, aún más, Beatriz Correyero al introducir, a mayores, el concepto de “democratización del proceso”. Así lo expone en una de sus monografías (2004: 24):

*“Gracias a Internet, por tanto, la comunicación tiende a democratizarse y va dejando poco a poco de ser monopolio de unas empresas dedicadas tradicionalmente al sector, puesto que se convierte en un canal de*

*comunicación accesible a todo aquel que disponga de un ordenador y una conexión telefónica o eléctrica”.*

Pero a estas dos ventajas hay que añadir otra más, que supone un gran avance para las empresas del sector de la comunicación: la reducción de costes.

La producción informativa de los medios tradicionales: prensa, radio y televisión supone un fuerte desembolso económico. Motivado, en parte, por lo costoso que resulta su proceso de **distribución** (que requiere de grandes infraestructuras, sistemas de transporte y recursos humanos). Este hándicap de los medios convencionales era reseñado de este modo por Martínez Albertos (1989: 109): *“La tragedia actual del periodismo impreso es lo costoso y lento de su distribución, ejemplar a ejemplar”.*

Este problema ha sido superado hoy por los medios digitales. Subir contenidos a Internet sólo requiere de un dispositivo digital (ordenador, Tablet teléfono móvil) y una conexión a la Red. Y, una vez en el universo digital, cualquiera puede acceder a estos datos desde su propia casa. Ya no hay que llevarles los contenidos a los clientes, ellos vienen a buscarlos.

Sin embargo, los canales de comunicación digital no son perfectos. Y tienen también defectos importantes que han sido señalados por diversos autores y que, posiblemente, sean los motivos por los que no han logrado sustituir, aunque sí completar, a los medios tradicionales.

El primero de ellos es el **exceso de información**. Esa democratización del proceso, de la que hablábamos antes a través de las palabras de Beatriz Correyero, hace que los datos que llegan a la audiencia no procedan solo de profesionales que saben recabar la información y que la contrastan, sino que surgen de múltiples fuentes que pueden **no ser fiables**.

Esta información se facilita además, en muchas ocasiones, de manera anónima. Por lo que la reputación de la persona que la da no depende de que ésta sea correcta, como sí que ocurre en los medios escritos y audiovisuales. Este anonimato puede favorecer también el uso interesado y la manipulación de los datos.

Todo esto hace que en la Red haya una cantidad inmensa de datos que pueden saturar al receptor y que le convierten a su vez, en el encargado, de discernir cuáles son buenos y cuáles no. (Parra / Álvarez, 2004: 20):

*“El aumento de los canales de información no implica necesariamente que la sociedad esté mejor informada. (...) Puede ocurrir que el ciudadano no sea capaz de distinguir en la tormenta informativa que se avecina los mensajes verdaderos de aquellos adulterados por intereses partidistas”.*

Otra de las grandes desventajas de los medios digitales es que esa esa inmediatez que los caracteriza y que, anteriormente, hemos señalado como una de sus fortalezas, puede ser también uno de sus puntos débiles.

Desantes (1987) es uno de los autores que defiende que el periodismo de calidad requiere tiempo. Él mantiene en sus publicaciones que la velocidad, a la hora de construir una información, es un valor en competencia con la exactitud.

Esta postura es defendida también por Arcadi Espada, en sus *Diarios* (2001). El periodista considera, asimismo, que la **calidad** de las informaciones reside en su elaboración concienzuda y pausada y que, por lo tanto, el producto final realizado con prisas es algo “comestible” pero carente de calidad y, por eso, compara la comunicación digital con la comida rápida elaborada en cadena (“fastfood”) y habla de “fast true” (verdad rápida). Con esto da a entender que el periodismo actual lucha por “llegar antes” que los demás, peleando por la exclusiva y la primicia, en lugar de trabajar para “llegar mejor” y ofrecer datos contrastado y elaborados.

#### **4.1.4 Comunicación y salud**

##### **Información sanitaria y población**

Un primer paso para saber qué importancia tiene la relación la información sanitaria para los españoles, es comprobar qué puesto ocupa la sanidad entre las **principales preocupaciones** de la población. Y, para conocer este dato, la mejor fuente a la que podemos recurrir es el **Centro de**

**Investigaciones Sociológicas (CIS)** ya que este ente, que se define a sí mismo en su página web<sup>5</sup> como *“un organismo autónomo de carácter administrativo, con personalidad jurídica y patrimonio propios, adscrito al Ministerio de la Presidencia, que tiene por finalidad el estudio científico de la sociedad española”*, analiza periódicamente la realidad social española a través de la realización de encuestas y estudios cualitativos.

Una de las herramientas que utiliza el CIS son **los barómetros**, definidos por el mismo organismo como *“publicaciones que se realizan con una periodicidad mensual (excepto los meses de agosto) y tienen como principal objetivo medir el estado de la opinión pública española del momento”*. Para ello se entrevista en torno a 2.500 personas elegidas al azar dentro del territorio nacional, de las que, además de sus opiniones, se recoge una amplia información social y demográfica para el análisis<sup>6</sup>.

Y es precisamente esta forma de estudio la que vamos a utilizar en esta investigación para conocer la relevancia de la sanidad en la vida social española, al considerarla la más apropiada por dos motivos:

- Su **periodicidad**: lo que nos permite escoger los datos del momento exacto que queremos valorar, eligiendo el barómetro que se publique en las fechas que más convengan a nuestro estudio. Además, al haber múltiples publicaciones podemos también comparar las cifras de dos fechas diferentes, con el fin de ver la evolución existente en la mentalidad de la sociedad sobre el tema que nos ocupa.
- Su objetivo principal, tal y como indica su propia definición, es medir el estado de la **opinión pública** española del momento. Y, dado que nuestro trabajo se centra en la repercusión de un tema en los medios de comunicación, el estado de la opinión pública nos interesa porque es lo que marca la agenda de los medios de comunicación o, al menos, es uno de los factores que más influyen en ella.

---

<sup>5</sup> Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): [http://www.cis.es/cis/opencms/ES/8\\_cis/normativa/legislacion.html](http://www.cis.es/cis/opencms/ES/8_cis/normativa/legislacion.html)

<sup>6</sup> Centro de Informaciones Sociológicas: [http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11\\_barometros/index.jsp](http://www.cis.es/cis/opencm/ES/11_barometros/index.jsp)



Por todo lo señalado anteriormente, recurrimos al barómetro publicado por el CIS correspondiente al mes de **abril de 2011**. Elegimos este estudio porque es cercano temporalmente a la epidemia de gripe A (que es el momento histórico que nos interesa analizar), pero está lo suficientemente separado de ésta como para poder ser objetivo y no estar ya influido por el boom informativo de la enfermedad. La pandemia finalizó en 2010, por lo que escogemos el año 2011 como primer ejercicio tras el virus H1N1. Y el mes de abril por ser el aniversario del comienzo de la gripe A en España.

Esta encuesta, compuesta por 2.463 entrevistas realizadas en 238 municipios de 47 provincias diferentes<sup>7</sup>, incluye dos preguntas que pueden servirnos para conocer el nivel de preocupación que muestran los españoles por la sanidad:

1. ¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero?
2. ¿Cuál es el problema que a usted, personalmente, le afecta más? ¿y el segundo? ¿y el tercero?

**La respuesta a la primera pregunta**, tanto si nos fijamos en el porcentaje de población (%) como en el número exacto de encuestados que han respondido cada una de las opciones (N), muestra que la sanidad ocupa el puesto número 11, tal y como se observa a continuación:

**Estudio Nº 2.885. Barómetro de abril 2011<sup>8</sup>**

¿Cuál es, a su juicio, el principal problema que existe actualmente en España? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero?

---

% (N)

---

El paro 82.5 (2034)

Las drogas 0.9 (22)

La inseguridad ciudadana 8.0 (198)

El terrorismo, ETA 5.7 (140)

Las infraestructuras 0.4 (9)

---

<sup>7</sup> Ficha técnica del Barómetro del CIS de abril 2011. Facilitado como anexo.

<sup>8</sup> Datos extraídos del Barómetro del CIS de abril de 2011. Documento incluido como anexo.

### **La sanidad 3.7 (90)**

La vivienda	5.5 (136)
Los problemas de índole económica	47.2 (1164)
Los problemas relacionados con la calidad del empleo	3.3 (81)
Los problemas de la agricultura, ganadería y pesca	0.4 (10)
La corrupción y el fraude	5.1 (125)
Las pensiones	3.6 (88)
La clase política, los partidos políticos	21.5 (530)
Las guerras en general	0.2 (5)
La Administración de Justicia	1.7 (43)
Los problemas de índole social	3.5 (86)
El racismo	0.2 (4)
La inmigración	12.0 (296)
La violencia contra la mujer	1.2 (30)
Los problemas relacionados con la juventud	2.0 (49)
La crisis de valores	2.2 (54)
La educación	5.2 (128)
Los problemas medioambientales	0.5 (13)
El Gobierno, los políticos y los partidos	5.6 (138)
El funcionamiento de los servicios públicos	0.3 (7)
Los nacionalismos	0.2 (5)
Los problemas relacionados con la mujer	0.1 (2)
El terrorismo internacional	0.0 (0)
Las preocupaciones y situaciones personales	0.0 (1)
El Estatuto de autonomía	0.1 (2)
Las negociaciones con ETA	0.0 (0)
Otras respuestas	3.4 (83)
N.S.	1.3 (31)
N.C.	0.4 (11)
<b>TOTAL</b>	<b>100.0 (2464)</b>

---

Fuente: CIS

Si analizamos estos resultados con más detalle nos damos cuenta de que a los españoles la sanidad les preocupa más que algunos temas de gran relevancia social como, por ejemplo, la administración de justicia, las pensiones, las guerras, la violencia contra la mujer o los problemas medioambientales entre otros.

Por el contrario, si observamos los temas que preocupan más que la sanidad a los ciudadanos nos damos cuenta de que (excepto el terrorismo, la inseguridad ciudadana y la educación, cuestiones que siempre ocupan los primeros puestos en este tipo de estudios) todos los asuntos que preceden a la salud están relacionados con la situación económica y política que atravesaba el país en ese momento histórico de crisis: paro, problemas económicos, corrupción y fraude, inmigración, vivienda y clase política.

Asimismo, si analizamos la respuesta la **segunda pregunta**, nos damos cuenta de que la sanidad ocupa el puesto **número 9**. Es decir, los españoles le dan más importancia a este tema cuando se les pregunta por los temas que les afectan a ellos personalmente, que cuando simplemente se les pide que valoren los principales problemas del país. Esto se observa a continuación:

Estudio N° 2.885. Barómetro de abril 2011<sup>9</sup>

¿Y cuál es el problema que a Ud., personalmente, le afecta más? ¿Y el segundo? ¿Y el tercero?

---

% (N)

---

El paro 44.5 (1096)

Las drogas 0.4 (9)

La inseguridad ciudadana 5.1 (125)

El terrorismo, ETA 1.0 (24)

Las infraestructuras 0.3 (7)

**La sanidad 3.2 (79)**

La vivienda 6.6 (162)

Los problemas de índole económica 41.4 (1021)

Los problemas relacionados con la calidad del empleo 5.1 (126)

Los problemas de la agricultura, ganadería y pesca 0.7 (18)

La corrupción y el fraude 0.9 (21)

Las pensiones 7.9 (195)

La clase política, los partidos políticos 5.6 (138)

Las guerras en general 0.0 (0)

La Administración de Justicia 0.6 (14)

Los problemas de índole social 3.0 (73)

---

<sup>9</sup> Datos extraídos del Barómetro del CIS de abril de 2011. Documento incluido como anexo.

El racismo 0.1 (2)
La inmigración 2.8 (70)
La violencia contra la mujer 0.0 (1)
Los problemas relacionados con la juventud 1.8 (45)
La crisis de valores 1.4 (35)
La educación 5.3 (131)
Los problemas medioambientales 0.4 (10)
El Gobierno, los políticos y los partidos 1.3 (33)
El funcionamiento de los servicios públicos 0.5 (13)
Los nacionalismos 0.0 (1)
Los problemas relacionados con la mujer 0.2 (4)
El terrorismo internacional 0.0 (0)
Las preocupaciones y situaciones personales 2.9 (71)
El Estatuto de autonomía 0.0 (1)
Las negociaciones con ETA 0.0 (0)
Otras respuestas 2.5 (61)
Ninguno 0.0 (0)
N.S. 7.0 (173)
N.C. 8.1 (200)
<b>TOTAL 100.0 (2464)</b>

---

Fuente: CIS

Por otra parte, también resulta interesar verificar el puesto que ocupa la sanidad entre los temas que más **interesan** a los españoles (y no sólo que les preocupan). Y, para ello, recurrimos al **Barómetro Sanitario 2010**.

Este estudio, realizado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (colaboración con el CIS) es la herramienta más útil a la hora de conocer el lugar que ocupa la sanidad entre los intereses sociales ya que, tal y como se dice en la página web del mencionado ministerio:

*“(...) con el Barómetro Sanitario se pretende conocer la percepción que tienen los ciudadanos de los servicios sanitarios públicos; la opinión que les merecen las medidas de política sanitaria que desarrolla y la penetración real de las campañas informativas. También permite obtener información sobre el grado de conocimiento y las actitudes de los*

*ciudadanos, ante problemas de salud específicos, además de seguir la evolución temporal de todos estos aspectos”<sup>10</sup>*

Este análisis se realiza de manera anual y, en cada edición se hacen 7.800 entrevistas personales (repartidas en 3 submuestras u oleadas) a personas de ambos sexos, mayores de edad y residentes en todas las comunidades autónomas.

Por lo tanto, escogemos el barómetro de 2010 por ser el que abarca el año completo de fin de la pandemia de gripe A en España e incluir, por lo tanto, datos de los últimos meses de presencia del virus H1N1 en el país y, también, de meses libres de la enfermedad. Es este estudio encontramos la siguiente **pregunta y los siguientes resultados<sup>11</sup>**:

**Tabla 12 Intereses ciudadanos**

¿Cuál de las siguientes áreas considera de mayor interés para los ciudadanos?						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Defensa	0,8	1,2	1,0	0,9	1,1	1,1
Educación	19,5	18,8	20,1	20,2	21,1	22,7
Sanidad	30,3	28,3	28,3	28,1	29	29,2
Vivienda	20,1	20,1	20,3	20,3	17,2	13,5
Pensiones	10,4	9,7	10,1	11,6	11,3	14,1
Transportes	0,6	0,7	0,9	0,7	0,8	0,8
Seguridad ciudadana	10,0	13,1	11,7	10,1	9,7	7,8
Otras áreas Servicios Sociales	3,6	4,1	3,5	4,1	5,4	5,7
NS-NC	4,7	4,0	4,1	4,1	4,3	5,2

Fuente Barómetro Sanitario 2010

<sup>10</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

[http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2010\\_Informe\\_Resultados.pdf](http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2010_Informe_Resultados.pdf)

<sup>11</sup> Barómetro Sanitario 2010. Facilitado como anexo.

La sanidad es, por lo tanto, **el tema que más interesa a los españoles**. Subiendo, por lo tanto, muchos puestos respecto a las posiciones 11 y 9 que ocupaba en el barómetro general del CIS que hemos analizado previamente.

En definitiva, la sanidad está presente entre los temas que más preocupan a la sociedad española, los ciudadanos lo consideran además, como un problema que les afectan directamente y es el tercer tema que más les interesa del panorama social y, por lo tanto, las informaciones que genera este sector son rápidamente recogidas por los medios de comunicación y seguidas con fidelidad por parte de los ciudadanos.

### **Características la comunicación sanitaria**

Los medios de comunicación son uno de los pilares fundamentales de la actual organización ciudadana y son también el altavoz que tienen los representantes sociales para llegar a la población. Por eso, es fundamental que ese proceso de comunicación se realice siempre del modo más **profesional y objetivo** posible si queremos garantizar que los mensajes y las novedades del día a día llegan al receptor con la máxima calidad posible y sin distorsionar.

Los *mass media* tienen por lo tanto la obligación de transmitir lo que está ocurriendo de un modo responsable y esta obligación se multiplica cuando el tema está relacionado con un asunto tan sensible como la salud. Así, es fundamental que los emisores de este tipo de mensajes sean personas **especializadas** en la materia.

Esta idea es lo que ha hecho que, en los últimos años, esté surgiendo con fuerza el concepto de **comunicación sanitaria**, que ha nacido, además, apoyado con el surgimiento de asociaciones profesionales que se encargan de fomentar, aglutinar y difundir la labor de todos los profesionales de la información relacionada con la salud.

Una de ellas es la **Asociación Española de Comunicación Sanitaria**, que es una entidad nacional que se define a sí misma como una *“iniciativa de profesionales en Ciencias de la Salud y Ciencias de la Comunicación interesados en las técnicas de comunicación sanitaria, tanto entre instituciones*

*públicas y privadas como entre profesionales, medios de comunicación y población general con el objetivo de facilitar el proceso comunicativo en temas de salud” (Asociación Española de Comunicación Sanitaria (AECS), <http://www.aecs.es/conocenos.html>), y que se caracteriza por el alto grado de especialización de sus asociados.*

Por otra parte, hay que destacar también la labor realizada por la **Asociación de Informadores de la Salud (ANIS)**, que nació en el año 1994 y que agrupa, en la actualidad, a casi de 600 profesionales del sector (585 registrados exactamente a día 13 de agosto de 2015<sup>12</sup>). Esta asociación explica cuál es la filosofía con la que nació en su página web: *“la filosofía de la que ANIS partía y, consecuentemente su objetivo principal, de defender los derechos y proteger los intereses de los asociados en su quehacer profesional; impulsar la formación en aras de una mayor calidad de la información; representarles y velar por la ética profesional y el derecho a la información”* (Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS): [http://www.anisalud.com/view\\_manager.html?root=4315,4330](http://www.anisalud.com/view_manager.html?root=4315,4330)).

Este tipo de organizaciones tratan de mejorar la comunicación sanitaria a **dos niveles**:

- La comunicación personal sanitario-paciente: este tipo de comunicación se ha fomentado desde que se convirtió en obligatoria la figura del consentimiento informado (impuesta por la Ley básica 41/2002 de 24 de noviembre). Pero la comunicación entre estas dos figuras tiene dos dificultades básicas para mantener la calidad en el proceso de transmisión informativa: la primera es la escasa formación en temas sanitarios que tiene la población general; y la segunda, la poca importancia que se le da a enseñar técnicas comunicativas en los procesos formativos de los profesionales de la sanidad.
- Abordaje de los temas sanitarios en los medios de comunicación: estos asuntos suelen ser tratados por periodistas con escasa formación en la relación salud-comunicación, lo que puede ocasionar desinformación.

---

<sup>12</sup> Dato facilitado desde la secretaría técnica de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) por María Miret.

## Comunicación sanitaria y alerta social

Los medios de comunicación tienen, como ya hemos dicho, una **responsabilidad** inherente con la sociedad que se incrementa cuando los temas a tratar afectan a asuntos tan relevantes como la salud de la población.

Por eso, en caso de declararse una crisis, tienen la obligación de atender a todas las fuentes posibles y, por supuesto, de recoger la información facilitada por las organizaciones e instituciones implicadas en el tema. Sin embargo, esos datos deben, posteriormente **contrastarse** con los obtenidos de las labores de investigación de los redactores, entrevistas, encuestas, agencias, etc.

Por otro lado, los medios de comunicación tienen que tener en cuenta otro punto importante incluido en esa responsabilidad social que se les atribuye: no generar **alarmismo innecesario** y no provocar situaciones de pánico. Si esto sucede, además de generar desorden social, pueden perder el interés de su audiencia por las noticias publicadas, así lo explican Richard Ellis y Ann McClintock (1993:219): *“el punto de vista actual es que el uso del miedo puede, de hecho, entorpecer el impacto de una campaña. La razón es que, si las personas están asustadas, escaparán de la situación que les causa el miedo, y la forma más fácil es dejar de mirar, escuchar o leer”*.

Por último, subrayar una vez más la credibilidad que otorga a un medio de comunicación el hecho de que no solo refleje la postura de las fuentes oficiales, sino que también se haga eco de las opiniones de los **ciudadanos**. Ellis y McClintock (1993:221): *“la participación activa del público es generalmente más efectiva, para conseguir un cambio de actitud y de conducta, que una campaña predominantemente pasiva”*.

## Límites legales. Legislación vigente sobre la comunicación sanitaria

Los comunicadores sanitarios, tanto de los medios de comunicación como de los gabinetes de prensa, deben tener en cuenta siempre la legislación vigente existente en torno a su actividad profesional a la hora de desarrollar su labor diaria.



Como ya hemos mencionado, la sanidad es un tema de especial sensibilidad porque aborda una de las esferas más importantes y privadas de la vida de las personas como es su salud. Y, por lo tanto, hay aspectos de esta esfera que deben estar protegidos por ley.

La preocupación por el derecho de los pacientes a reservar la información sobre su salud para ellos mismos es tan antigua como la historia de la actividad sanitaria. De hecho, es algo que ya tuvo en cuenta uno de los padres de la medicina: Hipócrates, al que se le atribuye la creación del **Juramento Hipocrático** que, con algunas modificaciones, siguen recitando los estudiantes de medicina al licenciarse en la actualidad.

En ese texto, redactado en torno al primer siglo de nuestra era (aunque no hay fecha exacta datada del hecho), ya se hacía referencia a la obligación de los sanitarios a guardar en secreto cualquier información sobre la salud de sus pacientes.

En la versión clásica del juramento, la frase en la que se alude a este aspecto es la siguiente:

*"Juro por Apolo el Médico y Esculapio por Hygeia y Panacea y por todos los dioses y diosas, poniéndolos de jueces, que éste mi juramento será cumplido hasta donde tengo poder y discernimiento. (...) Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas".<sup>13</sup>*

El contenido del juramento que realizan los nuevos médicos se ha ido variando a lo largo de la historia y ajustándose a cada momento histórico, pero la referencia a la necesidad de mantener en la intimidad de las personas los datos sobre sus enfermedades y problemas sanitarios permanece.

Esto lo podemos observar, por ejemplo, en una de las últimas versiones del mismo, que fue la acordada en la Convención de Ginebra de 1948. En ella se dice: *"En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión*

---

<sup>13</sup> Ministerio de Educación de Argentina: <http://www.me.gov.ar/efeme/medico/juramento.html>

*médica, me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad (...). Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí*" (Villegas, 2015).

Posteriormente, y ya centrándonos en la legislación española, no encontramos con otro documento que juega un papel fundamental en la regulación de los derechos fundamentales de los pacientes y de los ciudadanos en general: la **Constitución española de 1978**.

En el Título I de este texto, denominado 'De los derechos y deberes fundamentales', encontramos el Artículo 18 que dice lo siguiente: *"Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen"*.

Con estas palabras, que conceden el derecho universal a la intimidad personal. Por lo que el deber de guardar en secreto los datos privados sobre la salud de los pacientes ya no recae sólo en los profesionales sanitarios, sino que se hace extensible a todo el mundo incluyendo, por supuesto, a los periodistas.

Y es, dentro de este encuadre general, donde podemos incluir las normativas posteriores relacionadas con el derecho de acceso a las historias clínicas y la protección de intereses de los pacientes y médicos.

Y, para ello, lo primero es ofrecer una definición de historia clínica que nos sirva de base para los argumentos que expondremos a continuación. Tomamos la facilitada por el letrado de la Administración de la Seguridad Social y miembro de la Asociación Española de Derecho Sanitario, Roberto Cantero Rivas:

*"Conjunto de información, ubicada en cada Área de Salud, que persigue como finalidad procurar la máxima integración de la información relativa a cada paciente, sometida al principio de unidad, la cual estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos (...)"* (Cantero, 1999).

Como vemos, la confidencialidad de la historia clínica de los pacientes es algo implícito en la propia definición del documento. Argumento que, a su vez, viene reforzado por la **Ley General de Sanidad (1986)** que en el capítulo dedicado a los principios generales del Sistema Nacional de Salud incluye este punto dentro del Artículo 10:

*“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias (...) 3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público”.*<sup>14</sup>

La historia clínica pertenece, por consiguiente, al titular de la misma y es él el que debe decidir sobre el uso que se hace de su contenido; aunque la custodia de la misma esté en manos del Sistema Nacional de Salud y de los funcionarios y profesionales sanitarios que lo componen.

De hecho, sobre este documento recae una nueva protección si profundizamos en los deberes de los funcionarios responsables de la custodia del mismo. Así el **Código Penal** establece, en su Ley Orgánica del 23 de noviembre de 1995, que:

*“La autoridad o funcionario público no comprendido en el artículo anterior que, a sabiendas y sin la debida autorización, accediere o permitiere acceder a documentos secretos cuya custodia le esté confiada por razón de su cargo, incurrirá en la pena de multa de seis a doce meses, e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años”.*<sup>15</sup>

No obstante, en España las competencias sanitarias están transferidas a las **comunidades autónomas** y, aunque la normativa presentada afecta a todo el Estado, es interesante comprobar si ese derecho a la intimidad del paciente se refleja también en los sistemas de salud regionales. Y, para ello, hemos

---

<sup>14</sup> Boletín Oficial del Estado (BOE): [http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499)

<sup>15</sup> Boletín Oficial del Estado (BOE): <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444>

tomado como ejemplo Castilla y León (ya que es la autonomía estudiada en la parte práctica de este trabajo).

SACYL (Sistema de Salud de Castilla y León) establece su propia lista de derechos y deberes de los pacientes en su página web 'Portal de Salud de Castilla y León'. Y, dentro de los mismos, encontramos un apartado denominado 'Derechos relativos a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud' en el que se recoge el siguiente texto:

*“Estos derechos obligan a los poderes públicos de Castilla y León a velar por el respeto a la intimidad de las personas en las actuaciones sanitarias y a la confidencialidad de la información relacionada con mi salud y a que no se produzcan accesos a estos datos sin previa autorización amparada por la Ley”.*

De todo lo expuesto se deduce que los comunicadores sanitarios deben velar, en todo momento, por la intimidad del paciente y la confidencialidad de su historia clínica. Y que en el ejercicio de su profesión no pueden, en consecuencia, desvelar en ningún momento datos personales sobre la salud de los protagonistas de sus historias sin el permiso de los mismos.

#### **4.1.5 Salud pública**

##### **Concepto de salud pública**

Los expertos señalan que la salud pública debe tener dos ámbitos diferenciados. Por una parte el ámbito de la información privada, reservado para los expertos en la materia y los gestores responsables de las decisiones relacionadas con la misma; y por otro lado el ámbito público, en el que se incluirían las informaciones que la población general debe saber.

Dentro de este primer ámbito se incluiría la información sobre los posibles escenarios que se pueden dar ante el surgimiento de un problema global de salud pública, como puede ser una epidemia o una pandemia.

Los técnicos deben plantear hipótesis que les permitan trabajar y posibles escenarios sobre los que preparar planes de contención y **medidas preventivas**, sin que eso signifique necesariamente que esos escenarios se

tengan que cumplir tal y como se han previsto. Así lo explica Martínez Olmos (2014: 39 y 40):

*“Hay que hacer diferentes hipótesis razonables en función de la información disponible para tener previsiones de recursos necesarios. Si posteriormente la realidad deja corta o en exceso las hipótesis, no es algo que puedas controlar, pero hay que trabajar con hipótesis”.*

El problema surge cuando esas hipótesis llegan a la opinión pública. Las personas no expertas pueden confundir un escenario posible con uno real y derivar en una alarma social innecesaria. Cuestión que subraya también Martínez Olmos (2014: 40) con este ejemplo:

*“No es lo mismo que yo, como experto en salud pública, deba tener preparados los recursos por si se da en la realidad la hipótesis de una mortalidad del 90% de la población afectada, a que eso se traduzca en información noticiable. Sería la noticia de una especulación que puede ser el origen de una alarma social innecesaria y, por tanto, hacerla pública sería una irresponsabilidad”.*

### **Sistema Nacional de Salud: ¿quién vela por la salud pública en España?**

En primer lugar, hay que indicar todos los países deben atenerse a la normativa internacional sobre salud pública a la hora de tomar decisiones en esta materia, Martínez Olmos (2014: 34):

*“Existe una normativa supranacional, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que obliga a los países a tomar medidas que recomienda la OMS u, si un país no las aplica, puede tener luego consecuencias en el ámbito de la justicia que recaerían sobre sus autoridades”.*

El Reglamento Sanitario Internacional se definió en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2005 y entró en vigor el 15 de junio de 2007. (El texto del RSI se facilita como anexo).

Este RSI marca las directrices que se deben seguir pero, posteriormente, es competencia de cada estado decidir si las sigue o no, o

cómo seguirlas. Siempre y cuando tenga en cuenta que las consecuencias negativas de no cumplir con lo establecido en el texto, tendrá repercusiones legales.

Pero ¿quién toma este tipo de decisiones en España? En primer lugar, los responsables y altos cargos del siguiente **organismo público**:

- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Entidad definida, del siguiente modo, en la página web del propio Ministerio:

*“Órgano que asume las funciones relativas a la información epidemiológica, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, sanidad exterior, salud laboral, sanidad ambiental y requisitos higiénico-sanitarios de los productos de uso y consumo humano, así como la elaboración de la normativa en estas materias. Asimismo le corresponde la determinación de los criterios que permitan establecer la posición española ante la Unión Europea y en los foros internacionales en las materias propias de su competencia, sin perjuicio de las que pudieran ostentar en relación con las mismas otros departamentos ministeriales”.*

Esta dirección general desempeñó un papel fundamental en la gestión de la gripe A, no sólo por sus responsabilidades epidemiológicas ya mencionadas, sino por su papel como intermediario y coordinador entre el Sistema Nacional de Salud y los sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas, siendo su responsabilidad *“asumir la coordinación de las relaciones de los órganos del Departamento con las comunidades autónomas, las corporaciones locales y otras entidades y organizaciones sanitarias”*. Este trabajo coordinador se reflejaba también en su obligación de dar a los grupos de trabajo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del que hablaremos en profundidad más adelante. Por último hay que señalar que esta dirección general gestiona, además, el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).

Por otro lado, hay que señalar que también tuvieron un papel importante en la toma de decisiones sobre la gripe A, las siguientes **entidades nacionales con identidad jurídica propia**:

- La Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): entidad que tiene como misión contribuir a la mejora de la salud y los servicios de atención sanitaria de la población española. Por lo tanto, es una sociedad científica con una clara vocación de actuación social y sanitaria, articulando su actuación en varias dimensiones:
  - Promoción del conocimiento científico y el desarrollo profesional de la salud pública.
  - Creación de foros de encuentro e intercambio entre los distintos ámbitos y perspectivas que configuran la moderna salud pública.
  - Abogacía por problemas sociales y sanitarios, tanto hacia grupos vulnerables que acumulan desventaja social y sanitaria, como a problemas y riesgos de salud particularmente importantes.
- SEE: Sociedad Española de Epidemiología: miembro de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), de la Federación Europea de Epidemiología (EEF) dentro de la Sociedad Internacional de Epidemiología (IEA) y de la Confederación de Sociedades Científicas de España (COSCE).
- Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene (SEMPSPH): asociación de médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública, de profesionales de la enfermería y de otros profesionales sanitarios que desarrollan su actividad profesional en el campo de la Medicina Preventiva, la Salud Pública y la higiene.

#### **4.1.6 Comunicación de crisis**

##### **Definición de crisis**

Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE), **crisis es**: *“situación dificultosa o complicada”*.

Pero, yendo más allá de esta definición, podemos añadir que es una situación que suele traer consigo cambios (previsibles o no) que pueden desembocar en **consecuencias** negativas o positivas en función de la manera en la que se gestione la evolución del problema inicial. Es decir, que no tiene que ser necesariamente un problema, sino que puede ser una oportunidad. En esto profundiza Piñuel (2002: 5) con estas palabras:

*“Hay que desdramatizar la noción de ‘crisis’. (...) La crisis se caracteriza, por consiguiente, por una ruptura de equilibrio cuando, tras un acontecimiento que implica a la empresa, la reacción de esta ante sus públicos amenaza a su imagen y a su relación habitual con sus interlocutores internos y externos: es un fenómeno grave, pero sin embargo normal, ligado al funcionamiento cotidiano de toda organización, pues todo depende de cómo socialmente se perciban los acontecimientos y de cómo la organización reaccione ante ellos”.*

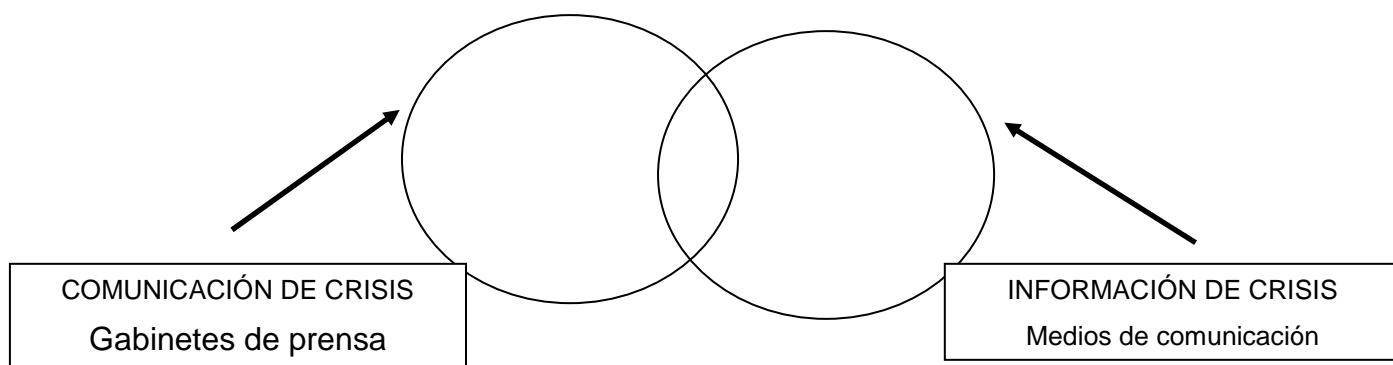
Por otra parte también hay que indicar que estas consecuencias no son las mismas a lo largo de toda la duración del problema, ya que, cada crisis presenta **cinco fases** que han sido señaladas por autores como Luis Arroyo y Magali Yus (2008: 150-153):

1. Latencia: la crisis está gestándose.
2. Eclosión: el problema surge de manera repentina y hay que actuar con rapidez. Es la fase que recaba mayor atención mediática.
3. Perversión: aparecen viejos y nuevos actores en escena. Abunda el oportunismo.
4. Síntesis: los grandes medios redactan sus editoriales o programan reportajes con el resumen de los hechos.
5. Renovación: en cada aniversario, la crisis vuelve a ser objeto de atención de los medios.



## La información de crisis

Antes de comenzar a desarrollar este apartado es necesario aclarar la diferencia entre dos conceptos claves: **comunicación de crisis** e **información de crisis**. Para ello observaremos el siguiente gráfico de elaboración propia:



Con esta imagen queremos transmitir la idea de que los datos de una crisis que llegan hasta los ciudadanos son el resultado de la intersección de la labor de dos emisores diferentes: los **gabinetes de prensa** y los **medios de comunicación**.

Ante una crisis es lógico que las personas que se ven afectadas por ella busquen uno o varios **responsables** a los que culpar de sus efectos o a los que exigir soluciones. Y, en la mayoría de los casos, estos responsables son instituciones (públicas o privadas, gubernamentales o civiles) que tienen la obligación de responder a estas demandas sociales para proteger su imagen.

En las crisis el silencio no suele ser una buena solución y, por lo tanto, estas entidades suelen recurrir a los profesionales de la comunicación que conforman sus gabinetes de prensa para **crear los mensajes** que mejor defiendan su actividad y su prestigio.

Pero estos mensajes necesitan de los medios de comunicación para llegar hasta la audiencia y, al **pasar necesariamente por este filtro**, no tienen por qué llegar hasta el receptor de la misma manera que se emitieron desde la empresa. De hecho, la obligación de los periodistas de medios es contrastar y completar los datos oficiales y ofrecer una visión plural del problema que permita a la población conocer en profundidad todos los aspectos de la crisis.

Por eso, una cosa es la comunicación de crisis que se diseña y realiza desde los gabinetes de prensa y otra muy diferente la información de la crisis que a través de los medios de comunicación llega a los ciudadanos. No obstante, ambos conceptos están **implicados e interrelacionados** y, en consecuencia, aunque nuestra investigación se centra en el análisis de la información de la crisis que dieron los dos principales periódicos de Castilla y León, es necesario abordar teóricamente ambos aspectos.

### **Plan de comunicación de crisis**

Es aconsejable que todas las entidades cuenten con un **plan de actuación de crisis** previamente establecido y diseñado que les permita actuar de manera inmediata ante el surgimiento de cualquier contratiempo tal y como explica el profesor de la Universidad Complutense de Madrid, Francisco Marín (2009: 24):

*“Las crisis repercuten, en la mayoría de los casos, de forma negativa en la imagen de la entidad afectada. Esa valoración negativa se incrementa cuando la organización no ha adoptado medidas preventivas suficientes para evitar o controlar aquellos riesgos que puedan afectarla”.*

Aunque hay otros autores, como Piñuel (2002: 6), que consideran que la sorpresa es algo inherente en toda crisis y que, en consecuencia, estas no pueden ser anticipadas. Por lo que podríamos deducir que la eficacia de los planes de actuación de crisis es limitada:

*“No existe ninguna crisis totalmente anticipada, puesto que un riesgo que hubiese sido íntegramente tomado en cuenta en los planes de la empresa, jamás conduciría a una crisis, es decir, a una grave ruptura de equilibrios. Todo lo más, podría generar disfuncionamientos puntuales, menores, y controlados. El capital de imagen no sufriría merma, contrariamente a lo que sucede en caso de crisis. Cada crisis, por otra parte, es única, raramente dos crisis tienen las mismas causas, y, llegado el caso, las mismas causas jamás producirían los mismos efectos”.*

Por lo tanto, en un punto intermedio entre las dos posturas, podríamos decir que es bueno tener un plan pero que, después de la aparición de la crisis, ese plan de actuación que se ha diseñado previamente debe adaptarse a las características propias del problema concreto al que es necesario enfrentarse y, para conseguirlo, hay que seguir los siguientes **pasos** indicados también por Marín (2009: 28):

- Analizar la situación, para valorar su gravedad y posible evolución.
- Obtener información, para buscar alternativas para solucionar el problema en sus aspectos técnicos y comunicativos.
- Convertir esas alternativas en opciones o líneas de acción, presentando sus ventajas e inconvenientes, para que el máximo responsable de la gestión de crisis pueda adoptar la decisión más conveniente.
- Implementar lo decidido y hacer un seguimiento de los efectos.
- Evaluar, una vez superada la crisis, las acciones realizadas y aplicar un plan de superación de crisis.

Tras esto y, una vez pasados los primeros días de la crisis, es conveniente, Marín (2009: 28): *“transmitir mensajes reafirmando la seguridad, credibilidad y solvencia de la compañía, al mismo tiempo que se crea noticia sobre algún otro acontecimiento de esta para que vean que la crisis queda atrás”*.

Por otro lado hay que señalar que la elaboración, adaptación y ejecución de este plan de crisis desde realizarse, de manera conjunta, entre los directivos y altos responsables de la institución y los expertos en comunicación de la misma. Y, en consecuencia, el papel de los **gabinetes de prensa** en este tipo de situaciones es fundamental. Y, por eso, pasamos a continuación a profundizar en esta figura.

### **Errores de comunicación en situaciones de crisis**

Los expertos en comunicación Luis Arroyo y Magali Yus han analizado cuáles son los **principales errores** que las organizaciones suelen cometer a la

hora de abordar situaciones de crisis. Los errores que hay que evitar son (2008: 89-154):

- Pensar que no nos ocurrirá: todas las organizaciones son susceptibles de tener problemas.
- Esperar que el fuego se apague solo: el público no perdona la arrogancia, el desdén o la falta de explicaciones.
- Convocar una rueda de prensa inmediatamente: no hay que hablar si no se tiene una información que satisfaga mínimamente las necesidades de los informadores.
- Guiarse por los hechos y no por las percepciones: las percepciones son el órgano rector de la opinión pública en las situaciones de crisis, en las que lo emocional predomina sobre lo racional.
- Trabaja solo: las crisis se gestionan en equipo.
- Mentir: no hay ninguna excusa que justifique una mentira al público.
- No tomar decisiones costosas inmediatamente: minusvalorar el efecto que la reputación de una organización tiene sobre su actividad, es un error inmenso.
- Contraatacar: no siempre es bueno contraatacar. No es bueno hacerlo cuando lo que nuestro adversario espera es precisamente que lo hagamos.
- No colaborar con quienes nos acosan.
- Obsesionarse con los medios de comunicación: no ceder a la presión que los periodistas.
- No molestar a los amigos: la reputación de una entidad se puede incrementar haciendo amigos, definiendo y ejecutando una política tenaz de relaciones públicas.
- No comunicar los riesgos para no asustar: hay que transmitir al público los riesgos de una actividad para prevenir o atajar sus daños.

- Seguir el consejo de los abogados al pie de la letra: entre los comunicadores y los abogados surge un conflicto entre el derecho y la conveniencia legal de mantenerse en silencio.
- Mostrar orgullo: no debe presentarse como un gigante impasible y brutal.
- No contar con procedimientos escritos: debemos tener un plan de crisis.
- Olvidarse de Internet: nos permite respuestas inmediatas y masivas.
- Asumir que la crisis ha terminado: todas las crisis tienen una fase de renovación en la que se recuerda el problema padecido tiempo después de que éste haya finalizado.
- No tomarse en serio la Responsabilidad Social Corporativa: es conveniente evitar los enfrentamientos con las organizaciones sociales.

De las palabras de estos profesionales se deduce por lo tanto que el principal error que puede cometer una institución sanitaria ante una situación de crisis, es no darle importancia a la comunicación a la hora de resolverla.

Tener profesionales especializados en comunicación que sepan cómo actuar ante una emergencia es fundamental para enfrentarla y lograr que, tras ella, la imagen de nuestra entidad siga siendo lo mejor posible.

Su trabajo es imprescindible asimismo al acabar la crisis, ya que son ellos lo que mejor pueden restaurar los daños que hayan podido producirse durante la misma.

## **4.2 Marco teórico específico: la gripe A**

### **4.2.1 Qué es la gripe A (virus H1N1). Visión clínica y científica de la enfermedad**

Con el fin de definir los puntos clave de la gripe A como enfermedad, decidimos recurrir a un experto en la materia. Por ello, hemos entrevistado al que fue jefe del **Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles** de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, durante la pandemia, Alberto Pérez Rubio.

A través de sus respuestas autorizadas sobre el tema, queremos tener una idea lo más aproximada posible de en qué consistió el virus H1N1, antes de profundizar en cómo se comunicó su existencia y evolución.

Ésta es la transcripción de la entrevista que realizamos al experto mencionado (el audio de la misma se facilita como anexo):

### **¿Qué es la gripe A?**

La gripe A no es más que la denominación que se le dio a un tipo de gripe que circuló por el mundo entre 2009 y 2010. Hay dos tipos fundamentales de virus de la gripe, el A y el B y, en función de esto a la epidemia mencionada se la denominó 'gripe A'.

### **¿Qué significa la denominación H1N1 que se hizo del virus?**

Existen dos tipos de gripe que afectan directamente a los humanos el A y el B. Pero, además, estos dos tipos se dividen a su vez en distintos subtipos en función de las glucoproteínas externas que tiene la envoltura del virus. En este caso, el virus A está compuesto por las glucoproteínas denominadas Hemaglutinina (HA) y la Neuroaminidasa (NA). De ahí el H1N1 que completa la denominación de la gripe A. Estos subtipos de gripe se especifican, además, con una numeración que acompaña a las letras indicativas de las glucoproteínas. En este caso H1N1 indicaban el tipo de partículas que componen este virus gripal.

### **¿Qué diferencia hay entre la gripe A y la gripe estacional? ¿Por qué tanta alarma?**

Generalmente en una temporada gripal circulan dos subtipos de cepa gripal del que son el H3N2 del tipo A y el tipo B. Pero en el año del que estamos hablando la cepa circulante mayoritaria fue la H1N1 del tipo A. Y eso fue lo que diferenció a la temporada gripal de la que hablamos de las habituales y lo que generó la alarma social, ya que el tipo H1N1 que se expandió no había sido circulante hasta ese momento dentro de los humanos. Aunque sí que se ha comprobado que el virus gripal puede tener una afectación interespecie, generalmente los virus de la gripe solo presentan afectación entre humanos. Pero lo que sucedió en ese momento es que un subtipo que afectaba a un grupo de animales (especialmente a los cerdos, de ahí su incorrecta denominación inicial de 'gripe porcina'), dio un salto interespecie y pasó a

los humanos presentando así un problema: el comportamiento que ese virus podía tener entre humanos era desconocido y, de ahí la alarma.

### **¿Era más sencillo el contagio entre humanos con el virus H1N1 que con el virus estacional habitual?**

El tipo de contagio fue el mismo pero, lo que sí se observó, fue que afectaba a grupos poblacionales distintos a los de la gripe estacional. Generalmente la gripe habitual se suele transmitir desde una población infantil, primeros afectados, a las personas de mayor edad que son los que acaban desarrollando el cuadro clínico. Sin embargo, en el caso del virus H1N1 los grupos poblacional más afectados fueron los de menor edad, que fueron los que desarrollaron la enfermedad. Esto vino motivado porque los niños y jóvenes no habían tenido contacto previo con este tipo de virus y las personas, de más edad, sí que se habían enfrentado ya a un virus de características similares que ya circuló en España hace unos años. De esta manera, su sistema inmunitario estaba más preparado para hacerle frente.

### **¿Por qué causó tantas víctimas en México?**

La gravedad del virus residía por lo tanto, en un aumento de los cuadros neumónicos en edades que, como hemos comentado, no son habituales por la juventud de los pacientes. Y esto pudo causar problemas en países como México. No obstante. El elevado número de víctimas se motivó también porque, por lo general, el recuento de víctimas por procesos gripales está muy mal hecho a nivel mundial y no se suele dar la relevancia informativa que se le dio en esta ocasión y, de ahí, que las cifras resultaran tan alarmantes. Posteriormente, se comprobó que la gravedad no era tal.

### **Centrándonos ya más en Castilla y León, ¿cuál era el protocolo a seguir en la Comunidad cuando se detectaba un caso sospechoso de gripe A?**

El protocolo fue variando en función del momento de la enfermedad en el que nos encontrábamos. Inicialmente, se estableció un perfil de contención el virus que consistía en tomar medidas para intentar que no se dispersar el virus dentro de la región (que no aumentaran los contagios). Para ello se estableció una definición de caso, que correspondía con un cuadro gripal de fiebres mayores de 38 grados, síntomas respiratorios y con antecedentes de viaje a zonas de riesgo, inicialmente focalizadas en México. Una vez localizados estos cuadros se aislaba al paciente y se administraba un tratamiento quimioproláctico a los contactos más cercanos de esa persona para evitar que desarrollaran la enfermedad. Después, a medida que empezó a circular la enfermedad por nuestra Comunidad, se pasó de las medidas de

contención a las acciones de mitigación. En esta nueva fase inicialmente solo se actuaba sobre los casos confirmados y, a medida que los casos empezaron a incrementarse en la región, solo se actuaba sobre los cuadros graves.

**El 11 de junio de 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el nivel 6 de alerta; es decir, "pandemia en curso" ¿Por qué se tomó esta decisión?**

Esta decisión respondió a una escala prefijada por la OMS para medir los distintos grados de evolución de una pandemia basándose en la posible transmisión de nuevas cepas del virus y su difusión geográfica. Así la OMS divide al mundo en distintas regiones y, en este caso el nivel 6, significaba que la gripe A afectaba ya a dos de las regiones geográficas establecidas por la OMS y que, en este caso, eran las Américas y la región europea y, respetando la definición, se saltó a nivel 6. No obstante, ahora mismo se está reconsiderando este sistema de alertas en caso de pandemia para establecer los niveles no solo basándose en criterios geográficos, sino incluyendo también criterio de gravedad, que no se tuvieron en cuenta en el caso de la gripe A.

**Durante toda la epidemia se habló de un posible recrudecimiento de la enfermedad en España al llegar el invierno que nunca se produjo, ¿por qué no surgió este problema?**

Generalmente, los virus gripales se mueven en ondas epidémicas, a oleadas. Y siempre se considera que la primera oleada siempre va acompañada de una segunda que, teniendo en cuenta el comportamiento histórico de la gripe, siempre es más agresivo. Por eso se pensó inicialmente que la segunda oleada de la gripe A, que iba a corresponder a nuestro periodo clásico de afectación de la gripe, meses de otoño e invierno, iba a ser más duro. Fue el vaticinio lógico según el comportamiento habitual de los virus gripales. Luego se vio que el caso del virus H1N1 estos no fue así. Esto se debió a que, al afectar a población más joven y, por lo tanto, población más sana y con menos factores de riesgo, realmente respondieron bien al virus.

**El tratamiento que se recomendó para la enfermedad se basaba en los antivirales (Tamiflú y Ralenza). ¿En qué consisten estos medicamentos?**

Como ya hemos dicho el virus H1N1 está formado por hemaglutinina y neuroaminidasa. Y la neuroaminidasa lo que hace es actuar sobre la capa de las células que permite que el virus entre o salga de las mismas. Por lo tanto, estos medicamentos lo que hacen es potenciar la encima que genera la neuroaminidasa para lograr así evitar la salida del virus de las células. Con eso se consigue que el



virus dentro del organismo no prospere y, por lo tanto, no haya una carga viral suficiente para generar la enfermedad.

**¿Qué ocurrió con la vacuna de la gripe A?, ¿hubiera sido eficaz de haber estado disponible antes?**

El problema que tienen las vacunas es el mecanismo de producción. Las vacunas de la gripe se desarrollan a partir de embriones de pollo y requieren un proceso que no se puede acelerar y, por lo tanto, las vacunas frente a la gripe A estuvieron disponibles en cuanto fue posible que, en este caso, fue en el mes de noviembre de 2009. Lo que sucedió fue que la onda epidémica se adelantó. Generalmente, en el caso de la gripe estacional, la onda epidémica suele producirse en Castilla y León a finales de año o comienzos del año siguiente y, en el caso de la gripe A, esto se adelantó al mes de octubre. Y, por este motivo las vacunas no llegaron a tiempo. Si las hubiéramos tenido con anterioridad lo que se hubiese producido, porque sí que se demostró que la vacuna era muy eficaz, habría sido una reducción del número de casos ya que las personas que se hubieran vacunado no hubieran llegado a desarrollar la enfermedad.

**¿Considera que en Castilla y León se tomaron las medidas adecuadas para enfrentar la enfermedad?**

Sí, indudablemente. Con el nivel de conocimiento que se tenía de la enfermedad las medidas que se tomaron fueron las adecuadas y estuvieron, además, en consonancia con el resto de acciones desarrolladas en el conjunto del Estado.

**¿Qué riesgo hay de que las cepas de gripe vuelvan a mutar y se produzca una situación similar a la de 2009?**

Por supuesto, con el virus de la gripe siempre existe esta incertidumbre. El virus de la gripe es un virus con gran capacidad para mutar y siempre existe el riesgo de que aparezca una cepa que afecte a la población con un grado de virulencia distinto. Si en el 2003 estaba la alarma, que sigue existiendo, de la gripe aviar y en 2009 la gripe A, se puede volver a repetir. Y esto nos obliga a estar siempre vigilantes con la gripe.

De las palabras del profesional sanitario obtenemos una imagen bastante clara sobre qué fue la gripe A desde un punto de vista clínico y epidemiológico. Es fundamental saber qué tipo de enfermedad protagoniza

nuestro estudio para poder comprender si la comunicación realizada en torno a ella fue o no correcta. Siendo ésta la finalidad de la investigación.

Hay que sentar las bases sobre las que posteriormente extraeremos conclusiones.

Y por eso se puede resumir que, siguiendo siempre al experto en epidemiología, la gripe A es uno de los dos tipos de gripe que afectan directamente a los humanos, cuyo virus está compuesto por una combinación de Hemaglutinina (HA) y Neuroaminidasa (NA) que lo diferencian del de la gripe estacional habitual.

A esto habría que añadirle el hecho de que el virus gripal H1N1 afecta a grupos poblacionales de menor edad que los que suelen ser objeto de la estacional y que, cuando comenzó a circular, aún no se sabía qué efectos podría tener en la salud de los ciudadanos. Ambos, motivos de alarma social de los que hablaremos también más adelante.

Este desconocimiento sobre la enfermedad hizo que los protocolos clínicos de actuación fueran variando según se observaba cómo evolucionaba la misma. Lo que significa que fue necesario ‘improvisar’ ante la falta de referentes.

Y esto hizo que, en ocasiones, se facilitara información errónea como el anuncio de que la epidemia tendría una segunda oleada aún más fuerte que nunca se llegó a producir; o que se tardara más de lo conveniente en fabricar una vacuna contra la enfermedad al producirse un adelanto de la onda epidémica gripal.

#### **4.2.2 Distintos tipos de gripe**

El virus de la Influenza (gripe) no es único ni inmutable.

**No es único**, porque existen tres variantes básicas del mismo: las tipologías A, B y C. Aunque *“los más importantes son los tipos A y B, ya que el*

*C no produce epidemias y sólo provoca infecciones sin síntomas o con cuadros clínicos poco trascendentes y en casos aislados”<sup>16</sup>*

Y **no es inmutable**, porque su carácter estacional hace que de una temporada a otra su composición interna pueda variar y, por lo tanto, presentar características distintas que requieren de ciertas modificaciones en su tratamiento (por ejemplo, la vacuna de la gripe de un año no tienen por qué ser válida para la temporada siguiente).

Estos cambios se producen, sobre todo en los virus tipo A que “se dividen en subtipos basándose en dos proteínas (antígenos principales) de la superficie del virus. Estas proteínas se denominan hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) y forman las espículas que se insertan en la envoltura del virus. Los virus gripales B y C, sin embargo, presentan menos rango de variación y no reciben denominaciones de subtipo”<sup>17</sup>

Además, los cambios también pueden ser el resultado de la recombinación de dos tipos distintos de virus (como, por ejemplo, la recombinación entre virus de la gripe humanos y animales para dar lugar a nuevas cepas pandémicas). VV.AA (2013:374):

*“La naturaleza cíclica de la gripe refleja la característica de los virus de sufrir viaje antigénico (acumulación de cambios en los sitios antigénicos de la hemaglutinina (HA) y, de forma menos importante, en la neuroaminidasa (NA) o acopio genético (adquisición de HA y ocasionalmente también una NA nuevas por intercambio de genes con otros virus en un proceso llamado recombinación”.*

Y, por eso, pueden surgir múltiples subtipos: H1N1, H2N2, H3N2...

Pero, ¿cuándo la aparición de un nuevo subtipo deriva en un **virus pandémico**? VV.AA (2013:378):

---

<sup>16</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>

<sup>17</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.  
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>

*“Ocurre una pandemia cuando aparece un virus altamente virulento y transmisible para el que la mayoría de personas carece de exposición previa y, por lo tanto, de inmunidad”.*

Así y, en función de todo lo explicado anteriormente, podemos decir que a lo largo del siglo XX ha habido tres grandes pandemias gripales: la gripe Española, la gripe Asiática y la gripe tipo Hong Kong.

La primera de ellas, la **gripe Española** apareció en el año 1918 y era del subtipo H1N1, presentando por lo tanto la misma composición antigénica que la Gripe A.

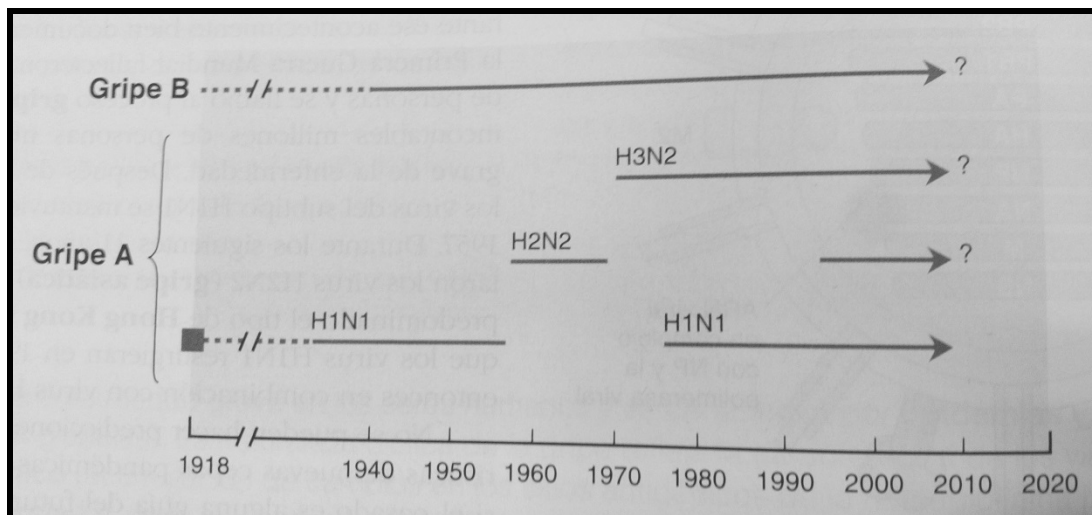
La aparición de los otros dos virus pandémicos nos la explican los expertos sanitarios del siguiente modo (VV.AA, 2013: 375):

*“Después de la pandemia de 1918, los virus del subtipo H1N1 se mantuvieron prevalentes hasta 1957. Durante los siguientes 11 años, de 1957 a 1968, circularon los virus H2N2 (**gripe Asiática**) y, a partir, de 1968, ha predominado el tipo de **Hong Kong** (H3N2)”.*

Posteriormente, la tipología H1N1 volvió a aparecer en el año 1977 y convivió con el subtipo H3N2 hasta que, en abril de 2009, surgió un nuevo virus pandémico (similar a los tres anteriormente mencionados) y perteneciente, al igual que la gripe Española, al subtipo H1N1: la **gripe A**. Era la primera pandemia del siglo XXI (VV.AA, 2013:375):

*“Esta pandemia del virus H1N1 también fue producto de una recombinación. Cinco genes provenían del cerdo (...), dos genes procedían de una fuente aviar y un solo gen tenía origen humano”.*

Todo esto se observa en la siguiente figura (VV.AA, 2013: 376):



Fuente: Libro 'Mecanismos de las enfermedades microbianas'.

Si profundizamos un poco más en la **gripe Española (1918)**, por ser la única que compartía subtipo con la gripe A, nos damos cuenta de que fue una de las pandemias de gripe más agresivas de la historia (VV.AA, 2013:378): *“el número calculado de muertes durante la pandemia de 1918 rebasó 50 millones de personas en todo el mundo. Entre militares estadounidenses, falleció por la gripe un número de hombres aproximadamente equivalente al correspondiente a las acciones militares directas durante la Primera Guerra Mundial”*.

La comparación con este virus fue, probablemente, una de las causas de la alarma social y mediática surgida al inicio de la gripe A (que analizaremos más adelante). Sin embargo, los avances de la medicina producidos desde entonces hacen que ambos virus no sean comparables (VV.AA, 2013:378):

*“En la actualidad los antivirales disponibles serían eficaces frente al virus de la pandemia de 1918. También se ha demostrado que las vacunas (en ratones) serían eficaces frente a la cepa de 1918. De hecho, la vacunación con la vacuna frente a la gripe pandémica H1N1 actual protege a los ratones frente al virus de 1918”*.

#### **4.2.3 Conceptos de epidemia y pandemia**

Para poder acercarnos a estos dos conceptos, el primer paso es recoger las dos definiciones que da la RAE de los mismos:

- Epidemia.

(Del griego ἐπιδημία).

f. Enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas (Real Academia Española. Página web. Definición de epidemia).

- Pandemia

(Del griego πανδημία).

f. Medicina. Enfermedad epidémica que se extiende a muchos países o que ataca a casi todos los individuos de una localidad o región (Real Academia Española. Diccionario web. Definición de pandemia).

A través de estas dos definiciones observamos que la principal diferencia entre ambos conceptos es la territorialidad. Se habla de epidemia y pandemia cuando una enfermedad afecta a un gran número de personas. Pero se utiliza el primer término cuando todas esas personas viven en un solo país; y el segundo cuando se localizan en varios.

#### **4.2.3 La gripe A desde el punto de vista epidemiológico**

Los virus de la gripe, tipo A, pueden tener su origen en los animales o, lo que es lo mismo, tienen un reservorio animal. No así, lo del tipo B y C.

La Real Academia de la Lengua (RAE) define ‘reservorio’, desde el punto de vista biológico, como: *“población de seres vivos que aloja de forma crónica el germen de una enfermedad, la cual puede propagarse como epidemia”* (RAE, <http://lema.rae.es/drae/?val=reservorio>). Es decir, los animales pueden ser el origen de un nuevo virus, tal y como señala Martínez Hernández (2009:24): *“En el cerdo se pueden producir recombinaciones de virus gripales, originando nuevos subtipos”*.

No obstante, los expertos señalan que el contagio entre animales y personas es muy improbable. Se requiere un contacto muy directo entre el portador y el alojador. Martínez Hernández (2009:24): *“Casi todos los animales pueden transmitirse entre sí la gripe. De hecho las personas las transmitimos*

*eficazmente a los cerdos, y los perros, pero raramente sufrimos clínicamente (con síntomas) la de los cerdos o las aves”.*

En consecuencia, la alarma social creada, en mayo y abril de 2009, sobre el consumo de carne de cerdo no tenía justificación científica. El doctor Martínez Hernández (2009:24)

*“Los canales de los animales infectados por virus gripales no siempre se ven contaminados por sus virus, porque se realizan procedimientos de sacrificio y despiece que impiden con frecuencia la contaminación. El manipulado de las carnes y huevos debe acogerse a medidas higiénicas elementales, que incluyen un sencillo lavado de manos. Con esto es suficiente para evitar eventuales infecciones. Por lo tanto, la carne al ser manipulada no contagia la gripe, ni esta ni cualquier otra (gripe aviar). (...) Una vez que la carne llega al consumidor, su cocinado inactiva cualquier virus”.*

Él mismo concluía tajante (2009:25): *“Así pues, comer carne de cerdo no contagia la gripe. No lo ha hecho nunca en la historia de la Humanidad, y esta gripe no será la excepción”.*

Por todo ello, deducimos que los animales pueden ser el origen de una pandemia de gripe pero, una vez el virus salta a la población humana, los contagios que nos interesan son los que se producen de persona a persona.

Así, los virus de la gripe se **transmiten entre humanos** de dos maneras: o a través del aire o por contacto directo. (VV.AA, 2013:376):

*“Los virus de la gripe se transmiten de persona a persona a través de gotitas suspendidas en el aire (probablemente de 1 a 5  $\mu\text{m}$ <sup>18</sup> de tamaño) y, posiblemente, por contacto directo. La tos y los estornudos son formas obvias a través de las cuales el virus se transmite”.*

Una vez transmitido, el virus infecta las vías respiratorias y comienza el periodo de incubación de la enfermedad que (VV.AA, 2013:377): *“dura generalmente de 1 a 2 días, y la diseminación del virus durante la gripe sin complicaciones continúa durante 3 a 6 días”.*

---

<sup>18</sup> $\mu\text{m}$ : micrómetro, unidad de medida que equivale a una millonésima parte del metro.

No obstante, no todas las personas que entran en contacto con el virus de la gripe se contagian y padecen la enfermedad. Sus probabilidades disminuyen si ya han estado en contacto anteriormente con ese mismo virus y, por lo tanto, han desarrollado anticuerpos. No hemos de olvidar que nuestro organismo tiene memoria y se defiende mejor de los ataques que ya conoce.

Asimismo, una persona con un sistema inmunitario fuerte, es menos susceptible a contraer la gripe o cualquier otra enfermedad viral. Hecho por el que las campañas sanitarias de prevención se centran sobre todo en aquellos colectivos que presentan una capacidad de defensa más baja: ancianos, personas inmunodeprimidas, embarazadas... (VV.AA, 2013:377):

*“Que el virus ‘se arraigue’ depende principalmente de la presencia o ausencia de anticuerpos neutralizantes en el hospedador y de su capacidad de soportar la respuesta inmunitaria innata”.*

#### **4.2.4 Consecuencias médicas del virus H1N1 en la salud**

Las consecuencias médicas de la gripe A fueron muy similares a las que presenta cualquier gripe.

Los procesos gripales se caracterizan, sobre todo, por la presencia de fiebre, escalofríos y malestar general; no siendo, normalmente, una enfermedad grave.

Así lo explica el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

*“La mayoría de las personas se recuperan en una o dos semanas, pero en algunos casos pueden desarrollarse complicaciones. La gripe puede revestir más gravedad en personas mayores, sobre todo a partir de los 65 años y en personas que padecen enfermedades crónicas. Las complicaciones de la gripe son predominantemente respiratorias: neumonías, bronquitis, sinusitis u otitis. Puede haber también deshidratación y empeoramiento de enfermedades crónicas preexistentes como diabetes, asma o problemas cardíacos. La gripe puede ocasionar reagudización de su patología en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o fibrosis quística y*



*también provocar la exacerbación aguda de su enfermedad en asmáticos. Complicaciones neurológicas muy raras de la gripe incluyen el síndrome de Reye y el síndrome de Guillain-Barré”<sup>19</sup>*

En conclusión, y de forma gráfica, podríamos decir que estos son las principales consecuencias médicas de la enfermedad (VV.AA, 2013:379):

**Tabla 13 Síntomas y complicaciones de la gripe A**

<b>Síntomas y signos</b>	<b>Complicaciones</b>
Malestar general	Neumonía
Mialgias	Neumonía bacteriana secundaria
Fiebre	Otitis media
Escalofríos	Síndrome de Reye
Cefalea	Encefalitis (posible enfermedad de Parkinson)
Síntomas respiratorios	
Tos	
Pirosis subesternal	
Síntomas del tubo digestivo (raro)	

Fuente: Libro 'Mecanismos de las enfermedades microbianas'.

#### **4.2.5 Cronología de la gripe A**

##### **El nacimiento de la enfermedad: los primeros pasos del H1N1 América del Sur y Estados Unidos**

La gripe A nació marcada por dos premisas iniciales. Su origen americano y porcino.

---

<sup>19</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:  
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm>

Fuentes sanitarias y gubernamentales de California y México empezaron a avisar, en abril de 2009, de que esa temporada la gripe era diferente a la de años anteriores. Llegando incluso a emitir comunicados internacionales para alertar de que el nuevo virus era más agresivo y producía un número elevado de víctimas mortales.

Inicialmente, fue Estados Unidos quien realizó las primeras comunicaciones internacionales, el 21 de abril de 2009. Así lo recuerda el doctor Martínez Hernández (2009:6):

*“El 23 de abril de 2009 un médico de Madrid abre su buzón electrónico, como cada mañana. Le llamó la atención un dispatch de los CDC (Centros para el Control de Enfermedades de Atlanta, EEUU) del 21 de abril, en el cual se refería que dos niños de California, concretamente de San Diego y del próximo Imperial County, habían sufrido infecciones respiratorias banales, pero que, al cultivar de un modo rutinario sus secreciones respiratorias, se había identificado una nueva variante de virus gripal. Varios de sus familiares habían sufrido también infecciones respiratorias de idénticas características”.*

Esto podría haberse quedado en algo anecdótico o, en el peor de los casos en una noticia local, si no hubiera sido porque dos días después (el jueves 23 de abril) empezó a relacionarse esa información norteamericana, con los casos de víctimas mortales, originadas por un nuevo virus gripal, que se estaban produciendo en México. Martínez Hernández (2009:7):

*“Ese día, viernes, a las 3 del mediodía los espacios de noticias de todas las televisiones abren sus contenidos con la noticia del año, quizá del siglo. Cientos de personas sufren una enfermedad grave en México DF, una neumonía bilateral, varios de ellos han fallecido, y el origen de la enfermedad es el mismo del virus gripal aislado en California. Súbitamente el problema ha tomado cariz internacional. Se trata de, verdaderamente, una emergencia sanitaria”.*

La alerta llegó a España al día siguiente, viernes 24 de abril de 2009. Y así lo recuerda la entonces Ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez -Martínez Olmos (2014:13):-

*“El director general de Salud Pública, Ildefonso Hernández, entra en mi despacho para decirme que le había llegado una alerta de gripe en México y que, aunque no había mucha información, parecía un virus muy agresivo y que ya se había producido algunos casos de fallecimientos”.*

Por lo tanto, la primera fuente oficial que habló de esta enfermedad fue el ministro de Sanidad mexicano, José Ángel Cordova, quién dijo que los primeros casos de la enfermedad se habían detectado en México el 13 de abril de 2009.

Pero las informaciones sobre la gripe A no tardaron en cambiar de manos ya que, inmediatamente, fue la propia directora general de la Organización Mundial de la Salud, Margaret Chan, quien tomó la palabra sobre el tema. Esto se produjo junto con una reunión de urgencia, en la que participaron 15 expertos en salud pública de la OMS, que tuvo lugar en Ginebra el 25 de abril de 2009.

La intervención de Chan, muy criticada posteriormente por su tono alarmante, confirmó la necesidad de crear una alerta mundial alrededor del nuevo virus, asustó y logró llevar a la enfermedad a las noticias de todos los medios de comunicación. Así lo explica entonces secretario general de Sanidad, Martínez Olmos (2014:13):

*“Margaret Chan, ante los periodistas destacados de la sede de Ginebra de la Organización Mundial de la Salud declara: ‘El mundo está en peligro’. De inmediato, al revisar todas las páginas webs de todos los medios de comunicación comprobé la coincidencia general en difundir la alarma”.*

No obstante, Chan no fue la única que generó alarma sobre la enfermedad durante los primeros pasos de la misma. Hubo también otras personas, en cargos relevantes y con conocimientos sanitarios, que hicieron predicciones catastróficas sobre las consecuencias del virus en aquellos primeros días. Martínez Hernández (2009:63): *“El responsable del programa de la gripe en Europa (ECDC), desde Estocolmo anuncia: “el 40% de la población*

*europea sufrirá la enfermedad. No es tan grave como la de 1918 pero tendrá un fuerte impacto”.*

A lo que se añadió la conferencia de prensa vía telefónica que el secretario general adjunto de la OMS, Keiji Fukuda, dio el 26 de abril. En ella hablaba de la *“gravedad de la enfermedad”* y anunciaba la posibilidad de pasar del nivel de gravedad 3 al 4, lo que suponía la confirmación de que el virus se transmitía de persona a persona.

El paso al nivel 5 se produciría el día 29 del mismo mes, cuando la OMS comprobó que se producían contagios entre personas de la misma comunidad, pero sin contacto directo. Al observar casos de este tipo en dos países distintos se decidió el cambio de nivel.

La gripe A ya era una realidad y estaba en la calle. Y, en ese momento, a los ciudadanos les surge la necesidad de saber de dónde viene esa amenaza. Y, para ello, se recurre a los científicos y expertos sanitarios y éstos observan relación entre el nuevo virus y el causante de una enfermedad porcina reciente. Martínez Hernández (2009:7):

*“El nuevo virus gripal parecía ser una variante de un virus porcino. Por eso, inicialmente, se empezó a hablar de swineflu o gripe porcina. Casi nadie en el mundo elige su nombre, y en esta ocasión, la gripe no eligió el suyo, sino que las circunstancias hicieron que se llamase así, por la proximidad entre el virus y las formas virales propias de los suinos”.*

Y, aunque en ningún momento se demostró científicamente que el virus se transmitiera fácilmente de los cerdos a los humanos, esta primera denominación de la enfermedad confundió tanto a la población, como a los responsables de la ganadería y el comercio de diversos países. Llegándose incluso a producir el temor de que las noticias sobre el tema produjeran el colapso de las ventas de la industria porcina. Martínez Hernández (2009:85):

*“En el caso de la gripe, su propio nombre inicial “gripe porcina” desorientó a mucha gente, que pensó que el riesgo estaba en la carne de este animal. Incluso este hecho fue aprovechado en las guerras comerciales entre países (Rusia y España son productores, exportadores y a la vez importadores de porcino)”.*

Poco a poco, la denominación de la enfermedad empezó a cambiar y se fue acercando a nombres más científicos y menos basados en ‘supuestos’. El doctor Martínez Hernández (2009:14) explica cómo se nombran todos los virus gripales y como, utilizando esta fórmula, se fue aproximando la denominación de la enfermedad a la que hoy conocemos: *“La denominación de los virus gripales se hace empezando por el tipo, luego la ciudad o región donde se aisló, el número de aislamiento del virus, el año de aislamiento y luego el subtipo. Así, según esto, el nuevo virus sería A/California/2009 (H1N1)”*, nombre que finalmente se redijo a gripe A (H1N1).

## **Llegada de la gripe A a España**

### Vías de entrada

Como ya hemos mencionado, en un primer momento la enfermedad estaba localizada en el continente americano y las víctimas mortales se concentraban sobre todo en México. Por lo que la comunidad internacional se centró en vigilar a las personas que entraban en sus países procedentes de ese destino latinoamericano, Martínez Hernández (2009:62): *“Toda Europa se lanza a buscar casos de viajeros procedentes de México”*. Y España no fue una excepción, Martínez Olmos (2014: 19):

*“México estaba en ese momento en el punto de mira de todos los medios informativos del mundo y en México había muchas personas de nacionalidad española de vacaciones de viaje de estudios. Sabía que muy pronto íbamos a tener que actuar sanitaria y asistencialmente”*.

Por lo tanto, al centrarse la preocupación en las personas procedentes de Estados Unidos y México, las vías de entrada de la enfermedad en España eran los medios de transporte y, muy concretamente, los aviones y aeropuertos.

Pero todas estas medidas no se tomaron hasta que la OMS declaró la alerta internacional y han existido voces críticas que han afirmado que el control de viajeros procedentes de las zonas afectadas tenía que haberse realizado en el mismo momento en que surgieron los primeros casos en México

y EEUU. Sin embargo, Martínez Olmos explica la razón de esta espera: un gobierno no puede actuar sin el apoyo de la OMS (2014: 37):

*“Si no hay una expansión relevante de la enfermedad un Gobierno no puede poner a todo el mundo o a todo un país en alerta ya que sería un dispendio de recursos y en ocasiones afectaría a elementos de movilidad y de la libertad de las personas que están habitualmente protegidos en normas con rango de Constitución. Precisamente, cuando se da el salto a otros países y se activa la alerta internacional, es cuando se tienen que poner estos recursos en marcha con el soporte legal y tercio adecuado. Y así lo hicimos”.*

#### Primer caso nacional

La ministra de Sanidad y Política Social, Trinidad Jiménez, fue la encargada de informar del primer caso positivo de gripe A en España en 27 de abril de 2009.

El contagio se produjo en un joven de 23 años que había estado de viaje en México. El paciente estuvo ingresado en el Hospital General de Almansa (Albacete) y evolucionó sin problemas clínicos ni complicaciones.

Éste fue, además, el primer caso confirmado en Europa. Y, por este motivo y la relevancia de esta información, se ofrecieron los datos en rueda de prensa.

El 29 de abril se detectó el primer contagio de gripe A en una persona que no había viajado a México y tuvo, asimismo, una gran repercusión en los medios de comunicación. En este caso el afectado se contagió por contacto con su pareja, ya que ella sí que había viajado al país centroamericano, pero fue la señal de que la enfermedad se contagiaba ya dentro de las fronteras de España, sin necesidad de traer el virus de otros países.

Mención especial merece la primera muerte que se produjo en España a causa de la gripe A ya que, al interés mediático derivado del hecho en sí mismo, se unió la polémica que giró en torno a la atención sanitaria ofrecida a la paciente.

La primera víctima del virus H1N1 en el territorio nacional (cuarta de la Unión Europea) fue una joven marroquí de 20 años que ingresó, embarazada de 26 semanas, en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid. Y su muerte se produjo el 30 de junio de 2009.

La enfermedad se agravó con la aparición de una neumonía y la paciente tuvo que ser sometida a una cesárea.

Al producirse su fallecimiento los medios de comunicación facilitaron todo tipo de detalles sobre la vida personal, historia clínica y proceso asistencial al que Dalila se vio sometida. Esto se puede observar, por ejemplo, en este texto publicado por el periódico *El País* el día 30 de junio de 2009:

*“La mujer residía en Fuenlabrada con su marido. Era su tercera visita a un hospital tras notar los primeros síntomas de malestar, antes había acudido a urgencias de ese mismo centro, el 11 de junio, con un cuadro de síntomas vago, según fuentes de la Consejería de Salud de Madrid. Como estaba embarazada, no le hicieron una radiografía. El día 13 acudió al Hospital de Fuenlabrada, de donde fue dada de alta con cierta mejoría. Fuentes sanitarias indican que los embarazos pueden enmascarar los síntomas de otras enfermedades. No fue hasta la tercera visita, de nuevo en el Gregorio Marañón, cuando le detectaron una neumonía y se le comenzaron a suministrar los antivirales. El asma que padecía agravó la infección, que ya había derivado en una neumonía. Su estado empeoró y llegó a necesitar respiración artificial. Dado su avanzado embarazo, los médicos decidieron practicarle una cesárea. El bebé, de nombre Rián, nació prematuro (tiene siete meses) pesó 1.400 gramos y está estable dentro de la gravedad en la unidad de neonatos del Gregorio Marañón”.*

La polémica se agravó cuando, el 14 de julio de 2009, falleció también el hijo de la mujer marroquí. El bebé falleció por un fallo en el suministro de la alimentación que se le administraba en la UCI del Hospital Gregorio Marañón, servicio en el que permanecía ingresado por haber nacido setemesino debido a la gripe A que padecía su madre. Los médicos precipitaron la cesárea para que el bebé no se viera afectado por el grave estado de salud de Dalila.

Por este motivo, aunque el fallecimiento del pequeño no estuvo directamente motivado por el virus H1N1, la primera muerte en España por gripe A tuvo más repercusión en los medios de comunicación de lo que se podía prever.

#### Primer caso autonómico: la entrada de la enfermedad en Castilla y León

En Castilla y León no se produjo el primer contagio del virus H1N1 hasta el 25 de mayo de 2009 y surgió como consecuencia de un brote colectivo que se produjo en la base militar de Hoyo de Manzanares (Madrid), por lo que no fue un contagio que se produjera de manera directa dentro del territorio autonómico.

Este primer afectado castellano y leonés por la enfermedad fue un varón joven, de 23 años, que fue atendido en el Complejo Asistencial de Segovia y no presentó complicaciones al no tener ningún otro tipo de patología previa que pudiera complicar su diagnóstico.

El gobierno regional informó de este primer caso en el comunicado oficial que, de manera cotidiana, se emitía para informar de la evolución de la gripe A dentro del territorio regional desde la declaración de la misma en el mes de abril.

Como la Comunidad llevaba ya un mes informando de los casos sospechosos que se producían en su territorio, aunque estos fueran negativos, no se utilizó ningún formato comunicativo especial para anunciar el primer contagio.

El primer fallecimiento por gripe A en Castilla y León no se produjo hasta el 26 de agosto de 2009 y su repercusión mediática fue limitada por ser ya el decimoséptimo que se producía en España. La víctima fue una mujer de 86 años, con patologías previas, a la que se atendió en Zamora.

La clave a la hora de comunicar los casos castellanos y leoneses era la coordinación de todas las provincias. El gobierno regional cuenta con nueve delegaciones territoriales que tienen unidad de comunicación independiente, por lo que era fundamental en este caso que las informaciones se coordinaran desde la Consejería de Sanidad, portavoz principal frente a la gripe A. Así lo



explica Pedro Miguel Barreda, periodista de la entidad: *“cuando la casuística de los casos de gripe alcanza Castilla y León (...), la información se procura dar siempre, con una periodicidad determinada (...) y se centralizaba en la Consejería”*. (Audio de la entrevista realizada a Pedro Barreda facilitado como anexo).

#### Primeras medidas tomadas por el Ministerio de Sanidad

Lo primero que se hizo desde el Ministerio de Sanidad fue convocar un gabinete de crisis. El mismo viernes 24 de abril, el secretario general de Sanidad, Martínez Olmos (2014: 20 y 21) fue el encargado de formarlo. El objetivo era recabar toda la información sobre lo que estaba ocurriendo y crear una primera línea de acción que presentar ante la ministra:

*“Este gabinete de crisis estaba formado por el director general de Salud Pública, Ildefonso Hernández, el director general de Farmacia, Alfonso Jiménez Palacios, el director general de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección, Alberto Infante y el director de mi Gabinete, Francisco Valero. Todos ellos, junto a varios funcionarios, trabajaron junto a mí en las primeras horas del inicio de este proceso”*.

El gabinete estableció las primeras líneas de actuación basadas, en el ‘Plan Nacional de Respuesta ante una Pandemia de Gripe’ que se elaboró a raíz de la gripe Aviar en 2005 (y del que hablaremos más adelante) y se pone en marcha un protocolo cuyo eje central es el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), creado en 2004, para *“coordinar la gestión de la información y apoyar en la respuesta ante situaciones de alerta o emergencia sanitaria nacional o internacional que supongan una amenaza para la salud de la población”*.<sup>20</sup>

Estableciéndose, asimismo, las distintas líneas de comunicación entre el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas, los otros ministerios implicados (como el de Fomento, el de Defensa o el de Educación), las

---

<sup>20</sup> Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/home.htm>

organizaciones profesionales y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC).

En gran parte, el nudo del que dependían todas estas comunicaciones era el Centro Coordinador de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), creado en el año 2004, responsable de la coordinación en temas de alerta sanitaria entre el Ministerio y las comunidades autónomas y encargado del intercambio de información epidemiológica con la OMS y otros organismos europeos.

Durante la gripe A esta entidad era el punto de encuentro para las reuniones diarias que se convocaban para analizar la situación de la jornada y establecer tanto las actuaciones que había que llevar a cabo desde los servicios sanitarios, como las informaciones y datos que había que incluir en los comunicados oficiales para los medios.

Otro elemento coordinador, que tuvo un papel fundamental durante los primeros días de la gripe A, fue el Instituto de Salud Carlos III (entonces dependiente del Ministerio de Innovación). Esta institución, a través del Centro Nacional de Microbiología, era la responsable de los laboratorios en los que se analizaron las primeras muestras del virus H1N1.

Sin embargo, este esfuerzo inicial desempeñado por el Ministerio de Sanidad también tuvo sus críticas, como las que vierte el doctor Martínez Hernández (2009:61):

*“En el gabinete de crisis por la gripe porcina, como se llamaba al principio, (...) se debieron cruzar muchos mensajes. Sin duda el más prevalente, aunque sólo fuese de un modo subliminal, fue que, si sumamos la gripe a la crisis económica podríamos tener una catástrofe social sin precedentes. Entonces es cuando se decide mandar mensajes de tranquilidad a la población. Ante todo tranquilizar a la población inquieta. Pero lo que empezó a intranquilizar a todos fue, precisamente, esa insistencia en tranquilizar. Ante incertidumbres, la tranquilidad y el optimismo a priori, no siempre son bienvenidos”.*

## Primeras medidas tomadas por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León

Castilla y León contaba ya con unas bases sólidas para enfrentar las epidemias de gripe antes de la irrupción de la gripe A.

Los planes del gobierno regional al respecto tenían un antecedente: la llegada al territorio nacional de la alerta por gripe aviar. De modo que, el 27 de octubre de 2005, se creó un '**Comité asesor en Castilla y León para la prevención, preparación y respuesta ante una pandemia de gripe**' a través de una reunión constitutiva celebrada ese mismo día.

Este comité se formó con el entonces consejero de Sanidad, César Antón Beltrán, mediante un Decreto aprobado por el Consejo de Gobierno autonómico el 13 de octubre de 2005 que se publicó en el Boletín Oficial de Castilla y León (BOCyL) el día 19 del mismo mes.

Este órgano nació para proponer y coordinar las actuaciones necesarias a ejecutar por las autoridades sanitarias y órganos competentes, para prevenir, controlar y hacer frente, a una hipotética pandemia gripal, tal y como se indicaba en la nota de prensa publicada el 27 de octubre tras la mencionada reunión (la nota de prensa se facilita como anexo). Y estaba conformado por representantes de la Junta de Castilla y León, a través de la Consejería de Sanidad y de la Gerencia Regional de Salud; de las Consejerías de Presidencia y Administración Territorial, de Agricultura y Ganadería, de Medio Ambiente, de Educación y de Familia y Asuntos Sociales; de la Delegación del Gobierno en Castilla y León; y de cualquier otro órgano de las Administraciones públicas, así como de personas y organizaciones que, en calidad de asesoramiento, sean para contribuir al mejor desarrollo de las funciones del mismo.

El comité fue el responsable, asimismo, de elaborar el '**Plan regional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe**', en el que se integraban las distintas iniciativas y actuaciones inter-departamentales y que se basaba, en gran medida, en el plan nacional diseñado para el mismo fin (ambos planes se facilitan también como anexo).

El plan regional se presentó ante el comité regional y ante los medios de comunicación el 22 de diciembre de 2005 y se diseñó siguiendo las directrices

de la Organización Mundial de la Salud y de la Comisión Europea. Su objetivos generales se indicaron en la nota de prensa publicada ese mismo día (adjunta como anexo) y eran los siguientes: reducir el impacto de una posible pandemia gripal en la salud de la población castellana y leonesa y mantener el funcionamiento de los servicios esenciales para la sociedad, tomar medidas que reduzcan la difusión del virus y garantizar que la respuesta y las medidas adoptadas se corresponden con las recomendadas tanto en el ámbito nacional como por la Organización Mundial de la Salud.

Tras pasar la alerta originada por la gripe aviar, tanto el comité como el plan regional quedaron inactivos, en estado latente, y no fueron reactivados hasta 2009 con el surgimiento del virus H1N1.

Estas dos figuras sirvieron, por lo tanto, de base para que los responsables sanitarios de Castilla y León ante la gripe A tomaran sus primeras decisiones.

Para saber cómo se llevó a cabo esta reactivación del comité y plan de acción frente a una posible pandemia de gripe hemos hablado con **Pedro Miguel Barreda Sánchez, periodista de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León** y con su jefa de prensa, Teresa Zurro, ya que ambos vivieron de primera mano, estos primeros momentos de la llegada de la alerta por la enfermedad al territorio regional. Y con la jefa de prensa de la entidad, Teresa Zurro, que

Barreda nos explica que la alerta salta, en España, durante el “*puente de Villala*”, celebración castellano y leonesa que tiene lugar el 23 de abril y que en 2009 abarcó el fin de semana del viernes 24 de abril al domingo 26. Y señala que se convocó una **reunión inicial de urgencia** en la Consejería de Sanidad “*el domingo por la tarde*”.

Y el objetivo de la misma fue poner en marcha el plan aprobado en 2005. Así lo explica el periodista: “*poner en marcha los distintos mecanismos que articulaba el plan*”.

En esa reunión inicial y de “*toma de contacto*” estaban convocadas las siguientes personas de la Consejería de Sanidad, tal y como señalan en sus respectivas entrevistas tanto Pedro Barreda como Teresa Zurro: el consejero

de Sanidad, Francisco Javier Álvarez Guisasola; el gerente regional de Salud, José Manuel Fontsaré, el director general de Salud Pública, Javier Castrodeza; la directora General de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación, Ana Hernando; y los propios Barreda y Zurro.

El plan de 2005 establecía unas bases sólidas para las primeras decisiones tomadas por el gobierno autonómico: *“inicialmente el plan estaba definido como estructura a seguir. Y, de hecho, estaban definidas las distintas partes: desde el punto de vista asistencial, de comunicación, de coordinación, de planificación... El plan era lo suficientemente amplio como para, definida la situación, establecer los cauces”*, explica Barreda. Lo que no significa que éste permaneciera inmutable a lo largo de toda la pandemia.

Ya que en posteriores reuniones del equipo directivo de la Consejería: *“se fue adaptando a las circunstancias y a los tiempos. Aunque el plan establecía qué había que hacer, no todo se podía hacer a la vez. Además, en una situación como ésta, en la que había una continua evolución (sobre todo en las primeras semanas) (...) se iba articulando de acuerdo a con ella”*.

Y fruto de esta evolución y adaptación a las circunstancias se acabó configurando ‘Plan regional de actuación con el que hacer frente a un posible incremento de los casos de personas afectadas por la nueva gripe A/H1N1’ que se presentó el 25 de agosto de 2009 y del que hablaremos más adelante.

Además de esta primera reunión la Junta de Castilla y León decidió, en esos primeros días de la gripe A, la formación de un **comité de expertos** dedicado a esta enfermedad formado por representantes de *“la Delegación del Gobierno, los servicios territoriales y las consejerías de Familia (porque representa a los centros de personas mayores, a las guarderías...), de Educación y de Sanidad”*, indica Teresa Zurro. Esta decisión estaba también señalada como medida recomendada dentro del ‘Plan regional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe’ y se creó siguiendo las mismas pautas que ya se tuvieron en cuenta para la formación del comité de 2005 frente a la gripe aviar y que hemos señalado anteriormente.

En este ámbito hay que señalar que, durante la gripe A, se tomó a mayores una decisión relevante. Para completar la labor de ese comité

institucional y representativo, se creó un **subcomité técnico** de pandemia que iba más allá de las labores administrativas y de decisión del gobierno regional y que se centraba más en los aspectos científicos y médicos de la enfermedad.

Zurro explica que en ese subcomité técnico, especialmente creado para esta enfermedad, *“estaban representantes de las UVI de Castilla y León, de los departamentos de medicina interna, de microbiología y algún otro experto de fuera de la Comunidad como, por ejemplo, fue el doctor Badiola<sup>21</sup> (que ya había vivido la crisis de las vacas locas en su momento)”*. No obstante, en su composición profundizaremos más adelante.

Para coordinar a este equipo, dentro de este subcomité se formó además *“la figura del coordinador de alertas epidemiológicas, en la estructura de la Junta, que era José María Eiros<sup>22</sup>”,* recuerda Barreda.

Todo esto permitía completar y afianzar cualquier decisión organizativa que hubiera que tomar, con un asesoramiento técnico exhaustivo facilitado por expertos.

Desde el punto de vista de la **comunicación** debemos destacar la importancia que, desde estas primeras decisiones, se le concedió a la información dentro de la gestión administrativa regional del virus H1N1. La relevancia que se le concedió a este aspecto de la crisis fue elevada, lo que se demuestra en el hecho de que el equipo comunicativo de la Consejería de Sanidad tuviera representación en todas las reuniones gubernamentales celebradas para la gestión de la alerta sanitaria.

Este interés por realizar una buena comunicación ante una situación de pandemia ya estuvo presente en 2005 con la gripe aviar, tal y como señala el periodista de la institución:

*“Uno de los principales objetivos que se trasladó era la activación de los cauces que hicieran posible la comunicación a la sociedad. No*

---

<sup>21</sup> Juan José Badiola es doctor en Veterinaria. A lo largo de su carrera, ha sido docente universitario y ha participado en numerosos comités científicos y en actividades de evaluación investigadora, tanto en España como en la Comisión Europea.

<sup>22</sup> José María Eiros Bouza es doctor en Medicina y Cirugía y especialista en Microbiología y Parasitología. En su carrera profesional ha desempeñado puestos como el de catedrático de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid y el de jefe del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Río Hortega de la misma ciudad.

*estábamos en la situación actual de accesibilidad y preponderancia de redes sociales (...) y se hablaba de que uno de los principales riesgos era que los medios, en su condición de mediadores de la información, no iban a funcionar. Entonces, había que asegurar canales de comunicación para los ciudadanos (señor de la calle y profesional – sanitario, fuerzas de seguridad-...) que tuviera una actuación que hacer”.*

La preocupación por comunicar directamente con los ciudadanos de las administraciones sanitarias se repitió, asimismo, con la irrupción de la gripe A y se apostó por la comunicación a través de internet, pero a través de la figura de las páginas web. De este modo, la Junta de Castilla y León decidió colgar toda la información emitida sobre la enfermedad en su Portal de Salud (<https://www.saludcastillayleon.es>) en el que, además, creó un subportal especialmente dedicado a ofrecer información sobre la misma. Aunque en todo esto profundizaremos más adelante.

Barreda subraya también que las primeras decisiones tomadas para hacer llegar los mensajes a la población estaban también relacionadas con *“una concienciación por parte de los medios de que dieran acceso a las instituciones a sus canales de comunicación”*. Es decir, era necesario convencerles de que colaboraran con las instituciones y confiaran en la información que éstas les facilitaban.

Y, para conseguirlo, se tomaron dos decisiones claves desde el punto de vista comunicativo, desde ese mismo momento inicial: por una parte *“mostrar transparencia en el ámbito epidemiológico, que no asistencial”* (ya que, explica Barreda, era importante contar la verdad pero sin desvelar datos asistenciales privados de los pacientes) y, por otra, mantener en todo momento *“una labor proactiva de información, divulgación, de consejos, etc... para limitar los contagios y hacer educación sanitaria (...) tanto a población general como específica”*. Por lo tanto, la clave era comunicar prevención pero tratando de minimizar, siempre, la alarma social.

Una vez conocemos las medidas y acciones que se tomaron para enfrentar la gripe A en Castilla y León, conviene saber cómo evolucionó la

enfermedad. Esto nos facilitará el análisis con el que determinaremos si esas medidas y acciones de las que hablamos fueron o no las adecuadas.

## **La evolución de la gripe A**

### El contagio: expansión de la enfermedad por el mundo.

La expansión, consecuencias y comportamiento del virus H1N1 fue diferente en los países de los hemisferios sur y norte.

Así lo explica el informe realizado por el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE) sobre la 'Evolución de la gripe pandémica por AnH1N1' (2010: 15 y 16):

#### **1. Hemisferio sur:**

La gripe A se propagó rápidamente por los países del hemisferio sur al comienzo de su temporada gripal. Y su presencia se detectó antes que en el hemisferio norte.

En Argentina, Australia, Brasil, Chile y Nueva Zelanda el pico máximo de actividad gripal se registró en julio de 2009. Invierno en esa zona del mundo. Existiendo un predominio claro del virus H1N1.

Posteriormente, la actividad gripal comenzó a disminuir en agosto y septiembre, excepto en las regiones tropicales americanas y asiáticas donde aún circulaba el virus pandémico en el mes de septiembre.

En estos países, el cuadro clínico de la gripe A fue de gravedad moderada y afectó, especialmente a la población infantil (<15 años) y adulta menor de 65 años.

Al llegar su estación de verano (en torno al mes de diciembre de 2009) la circulación del H1N1 era ya mínima en el hemisferio sur, sobre todo en las zonas templadas del mismo.

#### **2. Hemisferio norte:**

La aparición del virus H1N1 en esta parte del mundo, en abril del 2009, hizo que ascendieran los niveles de actividad gripal en muchos países de este hemisferio, elevando las cifras que habitualmente presenta esta enfermedad en



las temporadas de primavera y verano. Es decir, la llegada de la gripe A **adelantó la temporada gripal habitual**.

Otro de los picos de presencia de la gripe A fue en otoño del 2009 (en torno a la semana 36/2009), debido al **regreso a las escuelas** de la población infantil que fue, por otro lado, la más afectada por el virus H1N1 (menores de 15 años). Este hecho se notó sobre todo en Europa, donde el comienzo del curso escolar supuso un aumento generalizado de la transmisión viral. En EEUU el segundo pico de actividad del virus pandémico se produjo algo más tarde, a finales del mes de octubre (semana 42/2009).

No obstante, centrándonos en Europa, por ser el continente que más interesa a nuestro estudio, hay que señalar que a comienzos del **año 2010** las áreas que aún registraban una mayor actividad pandémica pertenecían a Europa central y oriental. Y, aunque en Europa Occidental el virus H1N1 seguía circulando de forma generalizada, su actividad se encontraba ya en fase de descenso.

La actividad gripal en Europa, para la semana 11/2010 (del 14 al 20 de marzo), presentaba un nivel bajo de intensidad asociado ya a la circulación esporádica o nula del virus de la gripe A.

#### La vigilancia epidemiológica de la gripe A en España.

España contaba con el **Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE)**, dependiente del Instituto de Salud Carlos III para controlar la evolución de la gripe A. Este sistema, utilizado normalmente para obtener datos de evolución y prevalencia de la gripe estacional, estaba perfectamente preparado para el control y análisis de la nueva enfermedad.

Hay que decir que este método surgió como parte del Sistema de Vigilancia de la Gripe en Europa (European Influenza Surveillance Scheme; -EISS-) y que, en la actualidad, está integrado en la Red de Vigilancia Europea de Gripe (EISN). A su vez la EISN trabaja bajo la coordinación del Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) y siguiendo las directrices establecidas por la OMS. Por lo que la decisión de activar este sistema para la vigilancia del virus H1N1 permitió a España actuar según los cánones **internacionales** y con todos los apoyos intergubernamentales que se

requieren para enfrentar un problema de salud pública que va más allá de las fronteras del propio país.

El SVGE estaba **conformado por** las siguientes redes y profesionales sanitarios (llamadas ‘redes centinela’) que permitieron obtener información epidemiológica científica y de calidad sobre la evolución de la gripe A durante toda su presencia en nuestro país. Informe SVGE (2010: 3):

*“En la temporada 2009-2010 han participado en el SVGE<sup>23</sup> 17 CCAA y las dos Ciudades Autónomas, 17 redes de médicos y pediatras centinela (una en cada CCAA, a excepción de Galicia y Murcia que no disponen de redes de vigilancia centinela de gripe), 18 laboratorios de microbiología con capacidad de detección de virus gripales, tres de ellos Centros Nacionales de Gripe de la OMS y una serie de unidades administrativas e institutos de Salud Pública”.*

Asimismo, el informe explica que para garantizar una vigilancia epidemiológica eficaz de la gripe A, se **reforzaron las medidas de control** habituales de la gripe estacional de la siguiente manera SVGE (2010: 6):

- Incremento paulatino del número de médicos y pediatras que formaban parte de las redes centinela a partir de la semana 20/2009 (del 16 al 22 de mayo): de este modo se pasó de tener en activo a 525 médicos de atención primaria y 173 pediatras, en la semana 20/2009, a 647 médicos y 220 pediatras en la semana 40/2009.
- Aumento del número de muestras respiratorias tomadas para confirmación virológica del virus H1N1: en un principio y se analizaban todos los casos sospechosos de gripe A que acudían a las consultas centinela, hasta que la enfermedad se generalizó y alcanzó el nivel de pandemia. Su expansión hacía imposible el análisis de todas las muestras, por lo que se pasó a realizar una toma de muestras sistemática de los dos primeros pacientes sospechosos de cada semana.

---

<sup>23</sup> Tabla de recursos del SVGE en cada comunidad autónoma facilitada como anexo.

De este modo si durante una temporada gripal normal se suelen analizar entre el 10% y el 20% de las muestras respiratorias, en el verano de 2009 se llegaron a analizar el 70% de los casos que llegaban a la consulta del médico y el 30% de los mismos en las semanas posteriores (de la 40/2009 a la 20/2010).

#### El contagio: expansión de la enfermedad por España.

España activo el SVGE en la semana 19/2009 (las temporadas epidemiológicas se dividen en semanas) o, lo que es lo mismo, la semana del 10 al 16 de mayo de 2009.

Y, a partir de ahí, el Informe SVGE (2010: 3) resume así la evolución de la enfermedad:

*“La circulación del virus pandémico AnH1N1 se hizo mayoritaria en todo el Estado a partir de la semana 24/2009 (14-20 de junio). Durante el verano de 2009 las tasas de incidencia de gripe fueron aumentando paulatinamente hasta el inicio de la onda pandémica en la semana 40/2009 (del 4 al 10 de octubre), cuya duración fue de once semanas, hasta la semana 50/2009 (del 13 al 19 de diciembre)”.*

Este mismo texto señala que el **grupo poblacional** más afectado por el virus H1N1 fueron los menores de 15 años y, concretamente, las personas que tenían de 5 a 14 años.

Más detalladamente la cronología del virus H1N1 en España sería la siguiente SVGE (2010: 6, 7 y 8):

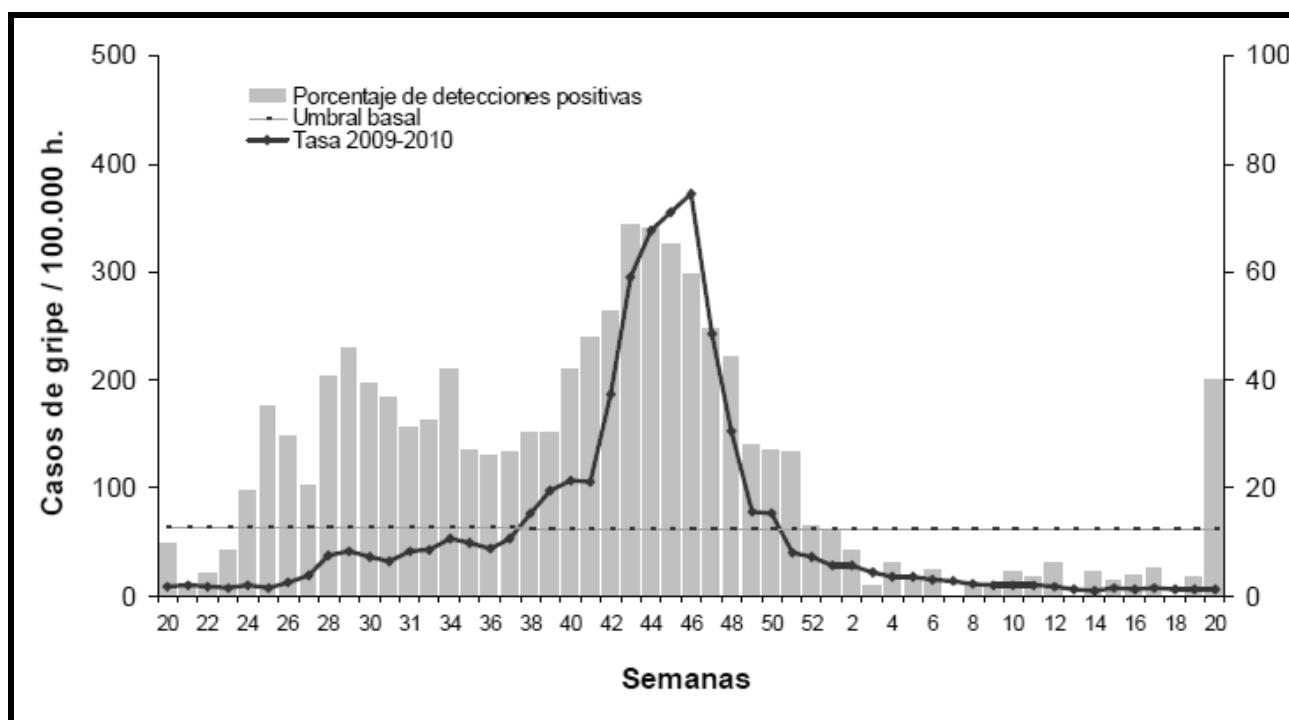
- **Semana 21/2009** (del 24 al 30 de mayo de 2009): se detecta por primera vez la circulación de la Gripe A en el territorio nacional, aunque en convivencia con otros tipos y subtipos virales (H3N2 y B).
- **Semana 24/2009** (del 14-20 de junio de 2009): el virus pandémico H1N1 es el predominante en toda España. Con un aumento progresivo de los casos y circulación progresiva durante toda la etapa estival.
- **Semana 43/2009** (del 25 al 31 de octubre de 2009): se alcanzó el máximo porcentaje de muestras positivas de gripe A.

- **Semana 48/2009**(del 29 de noviembre al 5 de diciembre de 2009):el número de muestras positivas de H1N1 comienza a descender de manera notable.
- **Semana 50/2009** (del 13 al 19 de diciembre): vuelven a registrarse valores de incidencia de gripe pre-epidémicos (incluyendo todos los tipos y subtipos circulantes).

La evolución descrita de la enfermedad y la predominancia del virus H1N1 sobre el resto de tipos y subtipos gripales durante la temporada 2009-2010, se puede observar en las siguientes figuras. SVGE (2010: 10):

**1. Sistemas centinela. Temporada 2009-2010. Tasa de incidencia semanal de gripe y porcentaje de muestras positivas de gripe.**

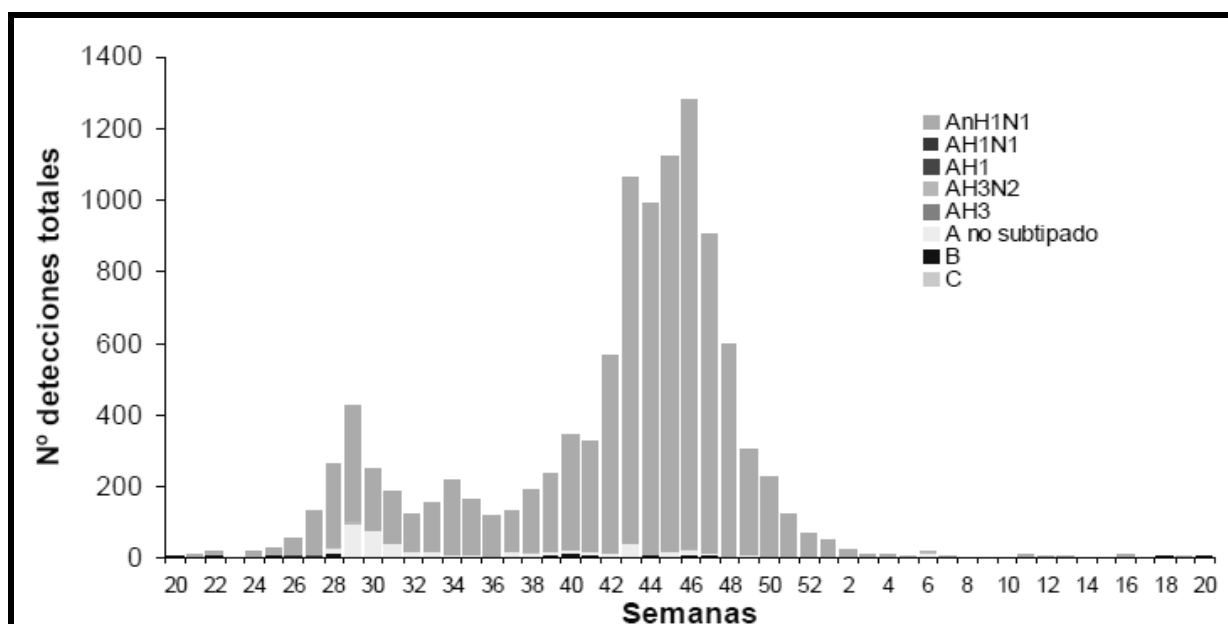
**Tabla 14 Tasa incidencia de gripe 2009-2010**



Fuente: Página web Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE).

**2. Sistemas centinela. Temporada 2009-2010. Detecciones totales de virus de la gripe por tipo y subtipo.**

**Tabla 15 Detecciones gripe 2009-2010**



Fuente: Página web Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE).

En ellas podemos observar cuáles fueron tanto los picos de la pandemia como los momentos de menor contagio de la misma y, de este modo, poder relacionarlos posteriormente con las semanas de mayor y menor presencia de la enfermedad en los medios de comunicación. Estos gráficos aportan una información muy útil a la hora de poder comparar la realidad epidemiológica con la informativa.

#### El contagio: expansión de la enfermedad por Castilla y León.

Castilla y León participa, de manera activa, en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE) al igual que el resto de las autonomías del territorio nacional.

La Comunidad cuenta con **tres organismos** fundamentales para su presencia en este sistema: la Red de Médicos Centinela de Castilla y León, El Centro Nacional de la Gripe (situado en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid) y la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad.

No obstante, la evaluación epidemiológica de la gripe A (datos estadísticos de lo sucedido durante la pandemia) fue realizada por la **Red**

**Centinela Sanitaria de Castilla y León** y, por eso, en este apartado vamos a profundizar en este concepto, con la información facilitada por la propia Junta de Castilla y León<sup>24</sup>.

Esta red es un sistema de información orientado a la vigilancia en Salud Pública y a la investigación epidemiológica, que se basa en la colaboración voluntaria de profesionales sanitarios, con el objetivo de estudiar la frecuencia, distribución, determinantes y variaciones que se producen en los problemas de salud de los ciudadanos, a nivel individual, o de la sociedad en su conjunto. Y fue creada en el año 1989.

La Red está formada por unos trescientos profesionales (médicos de familia, pediatras y profesionales de Enfermería) que trabajan de manera conjunta con los epidemiólogos y personal técnico de la Consejería de Sanidad (pertenecientes a la Dirección General de Salud Pública en la mayoría de los casos).

La información obtenida de su labor, durante la pandemia de gripe A, permitió conocer en profundidad el comportamiento de la enfermedad y ofrecer, de este modo, indicadores de primera mano para justificar y orientar los planes y estrategias de actuación sanitaria de la Junta de Castilla y León.

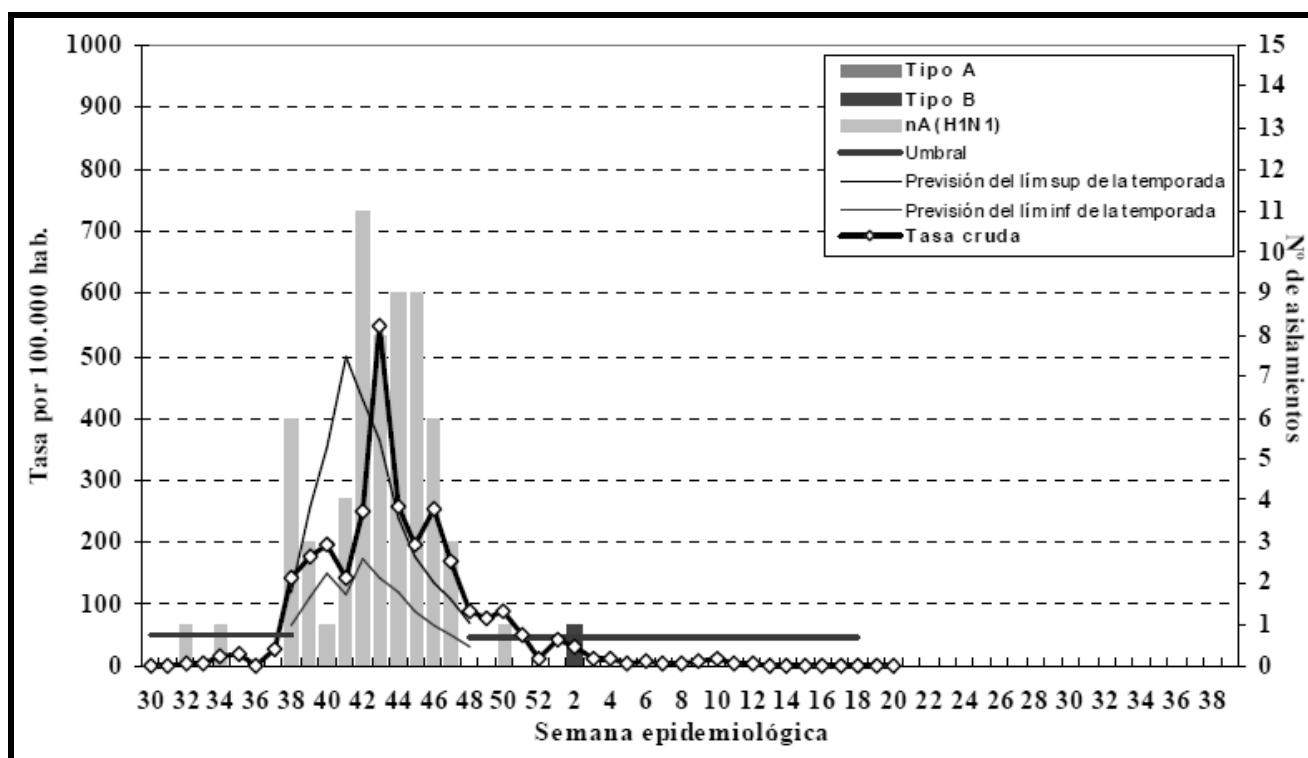
Esta estructura castellana y leonesa trabaja, además, de forma coordinada con las existentes en el conjunto nacional (tal y como hemos explicado en el apartado anterior), por lo que sus datos también sirvieron de guía para las decisiones tomadas por el Ministerio de Sanidad.

Y es precisamente esta Red la que, tras finalizar la pandemia de gripe A emitió un informe (facilitado como anexo) que incluía la siguiente **tabla resumen de la actividad gripal de la temporada 2009-2010 en Castilla y León**:

---

<sup>24</sup> Nota de prensa publicada el 18/03/2011 con motivo del 22º aniversario de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León. Facilitada como anexo.

Tabla 16 Resumen actividad gripal 2009-2010



Fuente: Página web Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE).

En esta figura podemos observar que el comportamiento del virus H1N1 en Castilla y León fue similar al presentado en el ámbito nacional y que ya hemos explicado, con el momento de mayor prevalencia de la enfermedad situado entre las semanas 42/2009 y 48/2009.

### Los contagios colectivos

Como ya hemos mencionado, la gripe aviar había activado ya las alarmas internacionales respecto a la peligrosidad de las mutaciones en los virus gripales. Y la OMS elaboró una estrategia de acción por si se diera el caso de que el virus aviar comenzará a contagiarse entre seres humanos, sin la intervención de ningún animal, (Martínez Olmos 2014: 31 y 32):

*“La preparación de esta estrategia de actuación en caso de un brote de gripe con riesgo a convertirse en pandémico, por tanto, venía de años atrás e incluyó la elaboración de protocolos y el desarrollo de entrenamientos y simulacros, que permitieron comprobar que los protocolos previstos funcionaban”.*

Lo que permitió que, al llegar la gripe A, los gobiernos ya tuvieran unos documentos bases en los que apoyarse a la hora de crear sus estrategias y protocolos de actuación. De hecho, estos documentos (elaborados en el año 2005 y actualizados en 2006) fueron el origen del 'Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe', desarrollado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades autónomas, y de su posterior actualización también en 2006. (Los planes se facilitan como anexos).

No obstante, los planes de la OMS sirvieron como piedra angular, pero eso no significa que todas las directrices se siguieran al pie de la letra durante la gestión de la gripe A, ni que todos los países tuvieran las mismas líneas de actuación.

Los planes de 2005 se adaptaron y modificaron en función de los acontecimientos y hechos que iban surgiendo a lo largo de la pandemia de 2009, (Martínez Olmos 2014: 32):

*“Obviamente, de ahí a que cuando sucede una situación como ésta todo se haga exactamente como dicen los protocolos inicialmente previstos, siempre hay una diferencia, porque estos protocolos se van modificando paulatinamente como consecuencia de la monitorización de la enfermedad y de la información disponible”.*

Asimismo, cada país elaboró su propio plan de actuación y se tomaron las medidas que cada gobierno consideró adecuadas. Un ejemplo de esta disparidad ejecutiva fue el criterio establecido a la hora de decretar la **cuarentena** de los pacientes afectados por el H1N1. Algunos países sí que lo consideraron una medida preventiva de obligado cumplimiento y otros lo dejaron a la voluntad de los propios pacientes. Así se refleja en las siguiente palabras del doctor Martínez Hernández (2009:28):

*“Los países que ingresaron a los pacientes para cuarentena, como Francia o España, no pueden hacer estadística descriptiva de sus casos, no sirve para nada, pues todos ellos eran leves al principio: se les ingresaba para que no contagiasen a otros, con un equivocado concepto*



*de cuarentena, que en la gripe, debe ser exclusivamente voluntaria y domiciliaria”.*

Además, tanto el gobierno nacional como el autonómico publicaron **protocolos de actuación**, especialmente dirigida a las entidades de carácter colectivo, con el fin de que los responsables de las mismas recibieran consejos e indicaciones sobre cómo actuar. El objetivo final era lograr que los responsables de las instituciones aplicaran las directrices por sí mismos, evitando de este modo la expansión de la enfermedad. Y, para ello, era fundamental facilitarles la información.

El Ministerio de Sanidad elaboró, por ejemplo, una Guía para la elaboración del plan de actuación de las **empresas o centros de trabajo** frente a emergencias<sup>25</sup>. Pandemia de gripe’, en julio de 2009, con el que se intentaba ayudar a las entidades privadas a minimizar los costes económicos de la enfermedad.

Asimismo, los gobiernos elaboraron **trípticos informativos** en los que se resumían las principales medidas de prevención frente a la gripe A, con la idea de que al repartirlos entre la población se frenara el ritmo de contagio. Muchos de estos trípticos se diseñaron, además, pensando en un colectivo concreto al que se deseaba acceder de un modo especial (por tener una mayor capacidad de contagio que otros), o bien se repartían en puntos clave de transmisión del virus como, por ejemplo, salas de espera de centros de salud y hospitales.

La Consejería de Sanidad de Castilla y León editó dos tipos de tríptico<sup>26</sup>: uno dirigido a la población general y otro específicamente creado para los niños en edad escolar.

---

<sup>25</sup> Guía para la elaboración del plan de actuación de las empresas o centros de trabajo frente a emergencias. Facilitada como anexo.

<sup>26</sup> Trípticos informativos de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Facilitados como anexo.

## Paso al nivel 6: declaración de ‘pandemia’ por parte de la Organización Mundial de la Salud.

La decisión de la Organización Mundial de la Salud de declarar la gripe A H1N1 en nivel de gravedad 6 se hizo pública el 11 de junio de 2009.

Y, tanto los responsables de las instituciones sanitarias, como sus gabinetes de prensa y los medios de comunicación, tuvieron que trasladar el mensaje a los ciudadanos subrayando que este cambio de nivel no implicaba un aumento de la gravedad de la enfermedad.

La nota de prensa<sup>27</sup> emitida por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León ese día, explicaba así esta decisión de la OMS:

*“La Junta de Castilla y León subraya que pasar a esta fase no supone ningún cambio en la vida cotidiana de los castellanos y leoneses, ni significa que la enfermedad adquiriera una mayor gravedad”.*

Y esta misma idea era recalcada por el propio Keiji FuKuda, director adjunto de la OMS (tal y como recogía el periódico El Mundo en su edición del 11 de junio de 2009): *“esto no implica que el virus se haya hecho más grave, que la enfermedad sea más severa o que haya aumentado la tasa de mortalidad”<sup>28</sup>.*

El paso de la fase 5 a la 6 estaba motivado por el nivel de expansión de virus. El H1N1 se transmitía fácilmente entre la población, era el subtipo predominante, y ya estaba extendido por muchos países. No tenía una localización geográfica concreta y, por lo tanto, constituía ya una pandemia (tal y cómo explicamos al abordar la definición de este concepto) y tenía que clasificarse dentro del nivel 6.

No obstante, para comprender mejor este paso del nivel 5 al 6 acudiremos a la definición que la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) ofrece de ambas fases epidemiológicas:

*“La **fase 5** se caracteriza por la propagación del virus de persona a persona al menos en dos países de una región de la OMS. Aunque la*

---

<sup>27</sup> Nota de prensa publicada el 11 de junio de 2009. Se facilita como anexo.

<sup>28</sup> Noticia de El Mundo, publicada el 11 de junio de 2009. Se facilita como anexo.

*mayoría de los países no estarán afectados en esta fase, la declaración de la fase 5 es un indicio claro de la inminencia de una pandemia y de que queda poco tiempo para organizar, comunicar y poner en práctica las medidas de mitigación planificadas. La **fase 6**, es decir la fase pandémica, se caracteriza por los criterios que definen la fase 5, acompañados de la aparición de brotes comunitarios en al menos un tercer país de una región distinta. La declaración de esta fase indica que está en marcha una pandemia mundial*<sup>29</sup>

Esta decisión no implicaba tampoco un cambio ni en el tratamiento clínico de la enfermedad, ni en las medidas preventivas que los diferentes gobiernos habían adoptado para controlar su expansión. Todo se mantendría como en los meses anteriores.

Se seguían realizando las acciones recogidas en el ‘Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe’ y que ya estaban en funcionamiento. Éstas eran (tal y como explicaba la nota de prensa de la Consejería de Sanidad castellana y leonesa ya mencionada):

- Iniciación de las negociaciones para adquirir vacunas para el virus.
- Continuidad de las medidas de vigilancia epidemiológica.
- Definición de los grupos de población que deberán vacunarse de manera prioritaria.

Todas estas medidas seguían llevándose a cabo con los mismos objetivos que estaban marcados ya en la fase anterior (nivel 5) y que la misma nota de prensa recordaba del siguiente modo:

*“De esta manera, se reitera el mensaje de tranquilidad a los ciudadanos y se sigue trabajando en los objetivos sanitarios que ya se estaban llevando a cabo, siempre en coordinación con las autoridades de la OMS y de la Unión Europea, para hacer frente a la gripe A/H1N1 y que son:*

---

<sup>29</sup> OMS: [http://apps.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/phase/es/index.html](http://apps.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/es/index.html)

- *Mantener la eficiencia del sistema sanitario. Dada la levedad de la enfermedad la mayoría de los pacientes se recuperan en aislamiento domiciliario con el seguimiento de los profesionales.*
- *Controlar la evolución de los casos e informar a la población.*
- *Continuar con la vigilancia y la difusión de la información a todos los niveles para que los ciudadanos sepan cómo actuar en cada momento.*
- *Definir la estrategia de vacunación. Las autoridades sanitarias definirán el calendario y los grupos de población que precisen vacunación y planificarán el reparto de antivirales y la adquisición y distribución de la vacuna, en coordinación con la OMS y la Unión Europea”.*

### **Fin de la pandemia: el virus pierde fuerza**

Como ya hemos mencionado cuando la población comienza a generar anticuerpos ante un virus gripal, especialmente tras haber pasado la enfermedad, la fuerza de éste se reduce hasta desaparecer. Por ello, cuando la presencia de la gripe A entre la población se generalizó, su virulencia y rapidez de expansión se fue reduciendo. El cuerpo tiene memoria y aprende a defenderse.

Además, en el caso de la gripe A hubo otra circunstancia que hizo que la enfermedad remitiera: el virus de tipo A comenzó a mezclarse, a comienzos de 2010, con otros virus gripales perdiendo su composición inicial. Así lo cuenta el Informe SVGE (2010: 3): *“A mediados de enero de 2010 se observó una co-circulación de virus gripales estacionales, especialmente de virus de la gripe B, que predominó desde marzo de 2010 hasta el final de la temporada 2009-2010”.*

Lo que hizo que la declaración del nivel 6 por parte de la OMS y la alerta social por la presencia de una enfermedad nueva perdieran su valor.

#### **4.2.6 Prevención frente a la gripe A**

##### **Medidas preventivas**

En el caso de la prevención y promoción de la salud es fundamental la aplicación de protocolos ya que, en muchas ocasiones, es imposible prever la evolución de un virus o enfermedad.

Los protocolos son la única herramienta objetiva que permite aplicar medidas de actuación en base a datos científicos de experiencias previas. Además, se pueden ajustar en mayor o menor medida a lo que realmente ocurra en cada caso de epidemia o pandemia y, al menos, permiten establecer unas bases de actuación justificándolas (y ajustándolas) con los datos epidemiológicos que aportan los sistemas de vigilancia.

Y, en el caso de la gripe A (H1N1) lo más importante era que esos protocolos llegaran a la población general, ya que los ciudadanos eran la pieza clave para reducir los contagios porque la enfermedad se transmitía igual que la gripe común, es decir, de persona a persona.

Las personas contagiadas pueden transmitir el virus desde un día antes de empezar la sintomatología hasta siete días después y la capacidad máxima de contagio se da dentro de los tres primeros días desde la aparición de los síntomas. Y el contagio se suele producir *“a través de las gotitas expulsadas al hablar, toser o estornudar y también al tocar objetos previamente contaminados por virus y tocarse a continuación la nariz, la boca o los ojos”*.<sup>30</sup>

Y, por eso, para evitar la expansión de la enfermedad era fundamental concienciar a la población de la importancia de tomar **medidas higiénicas**.

Para ello, el Ministerio de Sanidad creó un apartado específico con este fin dentro de la página web que la institución diseñó específicamente para informar sobre la gripe A (<http://www.informaciongripe.es>):

Las recomendaciones higiénicas giraban, fundamentalmente, en torno a dos grandes consejos:

---

<sup>30</sup> Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra: <http://bit.ly/1Q27lbi>

*“\*Toser o estornudar protegiéndose con un pañuelo de papel de un solo uso. Si no tiene, tápese la nariz y la boca con la mano. Lávese las manos inmediatamente después de cada afección de tos o de un estornudo.*

*\*Lávese las manos con frecuencia. La higiene de las manos es la medida preventiva más importante para prevenir la transmisión indirecta de cualquier agente infeccioso. En el caso de la gripe, basta lavarse en agua y jabón, el uso de desinfectantes anti-bacterianos no ofrece ninguna ventaja añadida”.*

Aunque estas dos medidas generales se especificaban más en profundidad, en la misma página web, explicando, por ejemplo, el proceso correcto para lavarse las manos y ofreciendo consejos complementarios como no compartir objetos de higiene o limpieza personal o evitar frotarse los ojos, la nariz o la boca. Los gérmenes pueden sobrevivir en los objetos durante dos horas o más y, por eso, era recomendable evitar el contacto de las mucosas con manos que pudieran haber entrado en contacto con una superficie contaminada.

Como ya hemos dicho, las recomendaciones del Ministerio de Sanidad estaba dirigidas especialmente, a los ciudadanos pero estos no eran su único público objetivo.

El **personal sanitario** era un grupo de riesgo. Ellos estaban en contacto directo con las personas afectadas por el virus H1N1 y, asimismo, con pacientes sanos. Por lo que podían convertirse en contagiados potenciales y en transmisores de la enfermedad al mismo tiempo.

En consecuencia, el apartado de ‘Recomendaciones’ de la mencionada página web debía incluir también una serie de consejos básicos para los trabajadores de la salud.

Estas medidas de protección recomendadas eran las mismas aconsejadas ante cualquier enfermedad de contagio aéreo y consistían en:

- La utilización de los equipos de protección individual (EPI), según la evaluación de riesgos del puesto de trabajo.

- Ante la confirmación del diagnóstico de gripe A (H1N1) por el hospital de referencia o Centro de Atención Primaria (CAP), el trabajador afectado lo comunicará a su Servicio de adscripción. Y éste establecerá los mecanismos adecuados de medidas preventivas y activará el programa de regreso al trabajo después de una baja.

## Teoría sobre la vacunación

La vacunación es la mejor manera de prevenir la gripe y, sobre todo, de evitar su expansión y frenar sus efectos sobre la salud de la población, por lo que VV.AA (2013: 380): *“el uso de vacunas frente al virus de la gripe es rentable y aporta beneficios añadidos a ciertos grupos poblacionales”*.

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades señalan cuáles son los tres principales beneficios de las vacunas frente al virus de la influenza<sup>31</sup>:

*“\*Puede evitar que contraiga la enfermedad (...).*

*\*Puede ayudar a proteger a las personas que corren mayor riesgo de enfermarse gravemente a causa de la influenza, como los adultos mayores, las personas con afecciones de salud crónicas y niños pequeños (...).*

*\*Puede hacer que la enfermedad sea más leve en caso de que la contraiga (...).”*

Por lo que la vacunación anual de la gripe es algo establecido apoyado por la comunidad científica y médica internacional.

Sin embargo, en el caso de la gripe A N1N1 el problema fue que, al llegar la epidemia, no había una vacuna preparada para enfrentarla, ya que el virus era completamente nuevo y, habitualmente, la vacuna contra la gripe de un año se realiza en base a la información que facilitan los virus de la

---

<sup>31</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):  
<http://espanol.cdc.gov/enes/flu/about/qa/vaccineeffect.htm>

temporada anterior. Datos que, en este caso, no servían. VV.AA (2013: 380 y 381):

*“El proceso de fabricación actual se basa en la selección de cepas antigénicamente apropiadas por la Food and Drug Administration (FDA) en febrero de cada año. La selección se basa principalmente en la evaluación de cepas que circularon la temporada anterior en los hemisferios norte y sur. Tras la decisión de febrero, se requieren varios meses para producir cantidades suficientes de virus (...) para permitir la distribución de vacunas de virus inactivados y virus en otoño”.*

Y, tal y como se indica en la explicación anterior, el proceso de fabricación lleva su tiempo. Por lo que al declararse la epidemia de gripe A en el mes de abril, el tiempo de reacción para enfrentar la enfermedad desde el punto de vista de obtener una profilaxis preventiva.

Antes de poder comenzar la fabricación de la vacuna, era necesario analizar y conocer el nuevo virus, tal y como explica el doctor Martínez Olmos (2014: 34):

*“Se debe analizar cuál es el comportamiento clínico y epidemiológico real: se monitoriza a cuántas personas afecta, con qué gravedad, qué cuadros clínicos se dan más frecuentemente, si son o no eficaces los medicamentos que se administran y, a partir de ahí, se fabrica la vacuna en caso de que sea posible”.*

Y posteriormente comenzar las fases del proceso de fabricación y, tras ellas, el periodo de prueba que todo medicamento requiere antes de pasar a su administración generalizada a los ciudadanos.

Las pruebas comenzaron a realizarse en España en septiembre de 2009 y se confirmó su seguridad el día 12 del mencionado mes por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Estos pasos eran de gran relevancia ya que, aunque la vacunación es clave para la seguridad sanitaria y la prevención de enfermedades infecciosas, no es una práctica inocua y, por lo tanto, es necesario garantizar el mayor nivel de seguridad posible antes de su uso. VV.AA (2013: 462):



*“No existe una vacuna del todo segura o efectiva. Los riesgos o los efectos colaterales de la inmunización varían desde reacciones adversas comunes, menores y locales, hasta afecciones raras, graves y que incluso ponen en riesgo la vida”.*

Por todo esto, lo que la vacuna de la gripe A no llegó a la población española el 16 de noviembre de 2009, fecha que reflejaba una importante retraso para la inmunización teniendo en cuenta que lo normal es que las vacunas contra la Influenza se administren a comienzos de otoño.

Este retraso fue uno de los temas que más polémica generó en torno a la profilaxis del virus H1N1. El número de personas que se vacunó contra la gripe A fue menor del esperado inicialmente, por lo que sobraron muchas de los 37 millones de dosis de vacunas adquiridas por el Gobierno español.

No obstante, los expertos sanitarios justifican esta decisión e insisten en subrayar que las autoridades sanitarias nacionales debían adquirir las vacunas, ya que tenían la obligación como miembros de la comunidad internacional que eran. Martínez Olmos (2014: 35):

*“Cuando se planteó durante la crisis de la gripe A la compra de vacunas preventivas, no era una decisión autónoma de los gobiernos porque, si no lo haces bien y ha consecuencias por no haber protegido la salud y la vida de las personas, tienes la responsabilidad ante los tribunales de no haber seguido las recomendaciones de la OMS”.*

En Castilla y León, hay que indicar que el gobierno regional aprobó una partida económica especial de cien millones de euros para financiar las medidas tomadas frente a la gripe A. Este presupuesto se formalizó en el Consejo de Gobierno del 5 de noviembre de 2009 y fue presentada en la rueda de prensa posterior por el consejero de la Presidencia y portavoz del Ejecutivo, José Antonio de Santiago-Juárez, quién detalló que el dinero previsto se destinaría a *“la compra de las vacunas antivirales, campañas de información en*

*centros educativos y sanitarios, adquisición de equipamientos y habilitación de nuevos espacios e infraestructuras en centros asistenciales y hospitalarios”<sup>32</sup>.*

### Los antivirales: el Tamiflú® y el Relenza®

Los antivirales son medicamentos que se utilizan como tratamiento para enfermedades víricas como, por ejemplo, la gripe. Y, dependiendo, del tipo de la misma se recomienda la utilización de un antiviral o de otro. En el caso de la gripe A los antivirales recomendados por los Centros de Control y Prevención de Enfermedades eran los siguientes (CDC):

**Tabla 17 Antivirales gripe A**

Agente antiviral	Actividad contra	Utilice	Recomendado para	Uso no recomendado en
Oseltamivir (Tamiflu®)	Influenza A y B	Tratamiento	Cualquier edad <sup>1</sup>	N/D
		Quimioprofilaxis	Mayores de 3 meses <sup>1</sup>	N/D
Zanamivir (Relenza®)	Influenza A y B	Tratamiento	7+ años	Personas con enfermedad respiratoria subyacente (por ej., asma, EPOC) <sup>2</sup>
		Quimioprofilaxis	5+ años	Personas con enfermedad respiratoria subyacente (por ej., asma, EPOC) <sup>2</sup>
Peramivir (Rapivab®)	Influenza A y B <sup>3</sup>	Tratamiento	18+ años	N/D
		Quimioprofilaxis	N/D	N/D

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC).

<sup>32</sup> Noticia publicada por el periódico El Mundo el 5 de noviembre de 2009. Facilitada como anexo.

De todos estos tratamientos, en España sólo se utilizaron durante la pandemia de gripe A los dos primeros: oseltamivir y zanamivir. Cuyos nombres comerciales, por los que son conocidos entre la población y medios de comunicación, son respectivamente Tamiflú y Relenza. Estos medicamentos son eficaces si se utilizan en las primeras horas de la enfermedad. Por lo tanto, cuanto antes se administren, mayor será su efecto: *“el mayor beneficio clínico se obtiene cuando el tratamiento con antivirales se inicia en las 48 primeras horas de la aparición de la influenza”*.<sup>33</sup>

Y aunque no curan la enfermedad, sí que pueden reducir sus efectos adversos (como, por ejemplo, la fiebre) y disminuir el riesgo de complicaciones como otitis, neumonía o insuficiencia respiratoria. Lo que puede ser especialmente útil en pacientes hospitalizados y de riesgo, tal y como explica también el CDC:

*“El tratamiento temprano de los pacientes hospitalizados puede disminuir el riesgo de muerte.*

*\*Se ha demostrado que el tratamiento antiviral temprano en niños hospitalizados acorta la duración de las hospitalizaciones”.*

No obstante y al igual que sucede con las vacunas, estos medicamentos no son inocuos y pueden ocasionar efectos secundarios. Nosotros presentamos sólo los del oseltamivir y el zanamivir por ser los dos antivirales que se utilizaron en nuestro periodo de estudio en España:

Efectos adversos del oseltamivir o Tamiflú:

**Tabla 18 Efectos adversos del oseltamivir o Tamiflú**

<p>Reacciones adversas: náuseas, vómitos. Informes posteriores a su comercialización sobre reacciones graves en la piel y eventos neuropsiquiátricos transitorios y esporádicos (autoflagelación o delirio; informados principalmente entre adolescentes y adultos japoneses).</p>
--

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC).

---

<sup>33</sup> Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC):  
<http://espanol.cdc.gov/enes/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>

**Tabla 19 Efectos adversos del zanamivir o Relenza**

Reacciones alérgicas: edema facial u orofaríngeo.  
Reacciones adversas: diarrea, náuseas, sinusitis, signos y síntomas nasales, bronquitis, tos, dolor de cabeza, mareos e infecciones de oído, nariz y garganta.

Fuente: Centros para el Control y la Prevención de enfermedades (CDC).

#### **4.2.7 Comunicación institucional, mediática y gripe A**

La gripe A fue una crisis sanitaria y, más concretamente, una crisis que Piñuel (2002: 7) calificaría como:

*“La crisis que puede ser provocada por un acontecimiento en las relaciones externas con el entorno humano donde opera una organización (como, por ejemplo, atentado, catástrofe, accidente exterior, defecto en la producción de bienes o servicios que haya acarreado graves perjuicios a los clientes, etc)”*.

Y, como toda crisis de estas características, requirió de un proceso de comunicación institucional en el que estuvieron implicadas varias instituciones y altos cargos sanitarios en España. Procedemos a conocerlos mejor.

#### **Organigrama de los principales cargos sanitarios en España durante el periodo 2009 – 2010**

##### **GOBIERNO NACIONAL**

- ❖ Presidente del Gobierno: José Luis Rodríguez Zapatero (PSOE)
  - Ministra de Sanidad: Trinidad Jiménez
    - Secretario general de Sanidad: José Martínez Olmos
      - Director general de Salud Pública Ministerio de Sanidad: Ildefonso Hernández
        - Jefa de prensa del Ministerio de Sanidad: M<sup>a</sup> Jesús García González.

- Periodista del gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad: Maite Perea.
  - Periodista del gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad: Mario Vaíllo.
- Presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados: Gaspar Llamazares.
  - Portavoz del PP en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados: Mario Mingo Zapatero.
  - Portavoz de CIU en la Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados: Concepció Tarruella
- Presidente de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN): Roberto Sabrido.
- Consejero de la representación permanente de España en la UE: Francisco Sevilla.
- ❖ Integrantes del gabinete de crisis creado por la Consejería de Sanidad:
  - Secretario general de Sanidad: José Martínez Olmos.
  - Director de gabinete de la Secretaría General de Sanidad: Francisco Valero.
  - Director general de Salud Pública Ministerio de Sanidad: Ildefonso Hernández.
  - Director general de Farmacia: Alfonso Jiménez Palacios.
  - Director general de Ordenación Profesional, Cohesión y Alta Inspección: Alberto Infante.
- ❖ Directivos de las principales asociaciones y sociedades sanitarias españolas:
  - Director de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT): Rafael Matesanz.
  - Presidente de la Organización Médica Colegial de España (OMC): Juan José Rodríguez Sendín.

- Presidente de la Federación Española de Distribuidores Farmacéuticos (FEDIFAR): Antonio Mingorance.
- Secretaria General del Consejo General de Colegios Oficiales de farmacéuticos: Carmen Peña.
- Director General de Farmaindustria: Humberto Arnés.
- Presidente de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria: Josep Basora.
- Presidente de la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): José Luis Llisterri.
- Presidente del Colegio General de Colegios de Veterinarios de España: Juan José Badiola.

## **GOBIERNO CASTILLA Y LEÓN**

- ❖ Presidente de la Junta de Castilla y León: Juan Vicente Herrera (PP).
  - Consejero de Sanidad: Francisco Javier Álvarez Guisasola.
    - Secretario General de la Consejería de Sanidad: Francisco José Llorente Sala.
    - Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud: José Manuel Fontsaré Ojeado.
      - Director general de Salud Pública de la Consejería de Sanidad: Javier Castrodeza.
      - Directora general de Recursos Humanos: Esperanza Vázquez Boyero.
      - Director general de Asistencia Sanitaria: José M<sup>a</sup> Pino Morales.
      - Directora general de Planificación, Calidad, Ordenación y Formación: Ana M<sup>a</sup> Hernando Monge.
      - Directora general de Administración e Infraestructuras: Manuela Rosellón Rebolledo.

- Directora de Comunicación de la Consejería de Sanidad: Teresa Zurro.
  - Periodista de la Consejería de Sanidad: Iñaki Pagazaurtundúa.
    - Periodista de la Consejería de Sanidad: Pedro Barreda.
    - Periodista de la Consejería de Sanidad: Eva García.
- ❖ Integrantes del gabinete de crisis creado por la Consejería de Sanidad:
  - Consejero de Sanidad: Francisco Javier Álvarez Guisasola.
  - Director general de Salud Pública de la Consejería de Sanidad: Javier Castrodeza.
  - Coordinador del Plan regional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe: José María Eiros Bouza
  - Presidente del Consejo de colegios profesionales de farmacéuticos de Castilla y León: Jesús Aguilar Santamaría
  - Presidente del Comité nacional de expertos en gripe A/H1N1: Juan José Badiola Díez.
  - Jefe del Departamento de Microbiología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca: José Ángel García Rodríguez.
  - Jefa del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario de Salamanca: Carmen Sáenz González.
  - Jefe del Servicio de Microbiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid: Antonio Rodríguez Torres
  - Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Valladolid: Antonio Jimeno Carruez.
  - Jefe de Servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid: Jesús Blanco Varela.

- Jefe de la Sección de Inmunología Pediátrica del Hospital Clínico Universitario de Salamanca: Félix Lorente Toledano.



**Ilustración 6 Constitución Comité científico asesor gripe A de Castilla y León**

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Imagen tomada el día de la constitución oficial del Comité científico asesor sobre la pandemia de gripe A/H1N1. 7 de octubre de 2009.

## **OTROS CONSEJEROS DE SANIDAD**

- ❖ Andalucía: M<sup>a</sup> Jesús Montero Cuadrado.
- ❖ Aragón: Luisa María Noeno.
- ❖ Asturias: Ramón Quirós.
- ❖ Baleares: Vicenç Thomàs Mulet.
- ❖ Canarias: Mercedes Roldós.



- ❖ Cantabria: Luis María Truan.
- ❖ Castilla La Mancha: Fernando Lamata.
- ❖ Cataluña: Marina Geli i Fabrega.
- ❖ Ceuta: Adela Nieto.
- ❖ Extremadura: María Jesús Mejuto.
- ❖ Galicia: Pilar Farjas.
- ❖ Madrid: Juan José Güemes.
- ❖ Melilla: M<sup>a</sup> Antonia Garbín.
- ❖ Murcia: M<sup>a</sup> Ángeles Palacios.
- ❖ Navarra: María KutzPeironcely.
- ❖ La Rioja: José Ignacio Nieto.
- ❖ País Vasco: Rafael Bengoa.
- ❖ Valencia: Manuel CerveraTaulet.



**Ilustración 7 Consejeros de Sanidad españoles durante la gripe A**

Fuente: Redacción Médica: <http://www.redaccionmedica.com/edicion/2011-01-05>

## **OTROS CARGOS RELEVANTES**

- ❖ Directora General de la Organización Mundial de la Salud: Margaret Chan.
- ❖ Ministro de Sanidad de México: José Ángel Córdova.

- ❖ Director del Centro Nacional de la Gripe en Valladolid, Raúl Ortiz de Lejarazu.
- ❖ Presidente de la Organización Médica Colegial: Juan José Rodríguez Sendín.
- ❖ Director del Centro Investigador de Enfermedades Emergentes: Juan José Badiola.
- ❖ Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos: Carmen Peña López.

### **Estrategia y plan de comunicación del Ministerio de Sanidad**

Realizar una buena comunicación sobre la gripe A era un aspecto fundamental para la gestión de la crisis sanitaria y, por ello, era importante que se emitieran mensajes unificados y que no atendieran a equívocos, para lo que se decidió establecer un solo portavoz: la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez. Así lo cuenta Martínez Olmos (2014:43):

*“En la gestión de alertas sanitarias una clave es la buena comunicación: es fundamental explicar bien las situaciones para que se entiendan las informaciones y las decisiones que se adoptan. En nuestro caso, se decidió de común acuerdo con las Comunidades Autónomas que fuera el Ministerio quien hiciera de portavoz y emitiera los comunicados sobre la evolución de la pandemia”.*

E, inicialmente, un solo laboratorio central donde analizar las muestras de los casos sospechosos para unificar la fuente de información sobre los mismos y evitar, de este modo, que hubiera filtraciones o informantes fuera del cauce elegido. El laboratorio escogido fue el Centro Nacional de Microbiología del Instituto de Salud Carlos III. Así lo explica el doctor Martínez Hernández (2009:30):

*“Al principio de la pandemia, todas las muestras de España se remitían para análisis al Centro Nacional de Microbiología (...) y se tardaba varios días en obtener los resultados. Esos resultados se entregaban al*

*Ministerio de Sanidad, de modo que en la rueda de prensa diaria se informaba de cuantos casos había positivos”.*

Lo más importante era llegar a la población. Que los ciudadanos tuvieran todos los datos y conocimientos necesarios para evitar la alarma social y reducir, al máximo posible, el número de contagios.

Y, para lograr este objetivo, se establecieron tres vías de comunicación principales: los medios de comunicación, internet y un servicio de atención telefónica; que, a continuación, vamos a ir analizando.

#### Comunicados e informes de situación:

En primer lugar hablaremos de la emisión de **comunicados** (todos ellos obtenidos de la página web del Ministerio de Sanidad<sup>34</sup>) e **informes de situación que el Gobierno nacional distribuyó a través de los medios de comunicación**. En el inicio de la gripe A (abril de 2009), se estableció un ritmo de información institucional a razón de **dos comunicados diarios**: uno por la mañana y otro por la tarde (éste último actualización del anterior). Decisión que sólo se alteró el primer día, en el que se emitió un solo comunicado por considerarse la presentación oficial del problema ante los medios.

Todas estas informaciones eran ofrecidas por la Ministra de Sanidad en rueda de prensa y, posteriormente, eran facilitadas a los periodistas, en formato de nota de prensa escrita, y a los ciudadanos a través de la página web del Ministerio.

El primer comunicado oficial sobre la gripe A del Ministerio de Sanidad se ofreció el sábado 25 de abril de 2009 y, apareció bajo el nombre de “*Comunicado sobre el brote humano de gripe de origen porcino en EEUU y México*”, ya que aún se consideraba a la nueva variante un tipo de gripe porcina y que aún no se había declarado ningún caso fuera de los dos países americanos. Y esta denominación se mantuvo también el domingo 26 de abril, primera jornada en la que se facilitaron dos comunicados.

---

<sup>34</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad:  
<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/cargarComunicados.do>

El lunes 27 de abril de 2009, se informó del primer caso de gripe A en España y, por lo tanto, se eliminó del título de los comunicados oficiales la coletilla de “*en EEUU y México*”, aunque se seguía aludiendo a la enfermedad como gripe porcina.

Esta denominación volvió a cambiar el miércoles 29 de abril, día en que las informaciones pasaron a nombrarse como “*Comunicado: brote humano de nueva gripe*”. Esto se debió, en gran parte, a las protestas que el gobierno nacional recibió por parte de los trabajadores de la industria porcina al considerar que sus ventas podían verse afectadas por esa referencia.

A partir de este momento comienzan a utilizarse la terminología ‘nueva gripe’ para referirse a la enfermedad: “Comunicado: brote humano de nueva gripe”.

La denominación ‘nueva gripe’ se mantiene posteriormente hasta el día 3 de mayo de 2009, momento en el que se acuña ya el nombre definitivo: ‘gripe A H1N1’. Eliminando también del titular de los comunicados oficiales el término ‘humano’ al hablar del brote.

Con este nombre estrictamente científico, se evitaban las polémicas surgidas de los términos anteriores: “Comunicado sobre el brote de gripe A (H1N1)”.

En el mes de mayo se modificó, asimismo, la frecuencia de emisión en los comunicados oficiales, pasándose así de dos al día a **un solo comunicado diario**. El primer día en el que se decide emitir una sola información oficial al día es el 5 de mayo de 2009.

No obstante, ya bien fuera uno o dos comunicados, la denominación ‘gripe A H1N1’ fue la que se mantuvo así hasta el último comunicado oficial publicado. Esta forma de titular sólo se alteraba en momentos puntuales en los que la información del comunicado contenía algún dato extra que se saliera del mero estado de situación diario. En situaciones como las siguientes:

1. Acuerdos de colaboraciones establecidos entre el Ministerio de Sanidad y otras entidades para gestionar la enfermedad: “*El Gobierno cierra un acuerdo con Cruz Roja para intensificar en los*

*aeropuertos las labores de información sobre el brote de gripe A (H1N1)” (4 de mayo),*

2. Aparición de víctimas mortales. Como, por ejemplo: *“Fallece una mujer en España por enfermedad respiratoria causada por la Gripe A (H1N1)” (15 de junio) / “Fallece en Alicante un paciente con antecedentes de patologías de riesgo y gripe A (H1N1)” (de 24 de julio);*
3. Toma de decisiones políticas relacionadas con la gestión de la epidemia: reuniones, cambios en la línea gubernamental de actuación: *“El Comité Ejecutivo Nacional de Gripe acuerda reforzar la vigilancia de las personas más vulnerables al virus de la gripe A” (15 junio), “Reunión de la Comisión de Salud Pública del SNS” (30 de junio).*
4. Aparición y prevención de contagios colectivos: *“Comunicado sobre el brote de gripe A (H1N1) en la Academia Militar de Hoyo de Manzanares” (del 23 a 31 de mayo) o “Comunicado sobre la situación de la gripe A (H1N1) en los centros escolares de la Comunidad de Madrid (del 2 al 10 de junio).*
5. Declaración del nivel 6 por parte de la OMS, la pandemia: este fue, por supuesto, uno de los momentos claves en la comunicación institucional de la gripe A. Era fundamental explicar a los medios de comunicación que el cambio de nivel no traía consigo un incremento de la gravedad de la enfermedad sino que, simplemente, significaba que el virus estaba extendido por todo el mundo y no se podía localizar en áreas geográficas concretas. Para ello, el Ministerio de Sanidad emitió un comunicado especial para explicarlo titulado: *“Fase 6: pandemia de gripe A (H1N1)” el 11 de junio de 2009.*

Esta entrada en la Fase 6 de la enfermedad trajo consigo, además, una nueva modificación en el funcionamiento del sistema de comunicados oficiales del Ministerio de Sanidad: se dejó de informar de los casos sospechosos (solo se hizo una excepción puntual con el caso del surgimiento de varios casos

sospechosos en una cárcel de Madrid: “*Comunicado casos sospechosos de gripe A (H1N1) en la cárcel de Madrid- 2 (Alcalá - Meco)*” el 19 de julio), para pasar a anunciar solamente las víctimas mortales, por lo que los comunicados ya no eran diarios. **Sólo se emiten comunicados cuando se produce un fallecimiento** dentro del territorio español.

Posteriormente, se decidió cambiar de nuevo la estrategia de comunicación y, para seguir con la política de transparencia e información a la población, se explicaron los cambios que se iban a producir en un comunicado especial que se emitió el día 28 de julio de 2009 titulado: “*Cambio en el sistema de información sobre los casos de gripe A (H1N1) en situación de pandemia en fase 6*”<sup>35</sup>

En ese texto se explicaba que, con la declaración de ‘pandemia’ de la OMS, la extensión generalizada del virus H1N1 y la comprobación de que su comportamiento y virulencia era similar a la de la gripe estacional, en el mes de septiembre de 2009 ya no tenía sentido informar de cada caso de contagio o fallecimiento de manera individualizada. De este modo, en la reunión del Consejo Interterritorial del 22 de julio de 2009, se decidió (de manera conjunta entre el gobierno nacional y los autonómicos) reducir la presión informativa y el protagonismo de la enfermedad en los medios de comunicación y pasar a informar de la evolución del virus H1N1 con el tradicional **sistema de tasas**, el mismo que se emplea para la gripe común. Es decir, a partir de ese momento se informaría del número de casos de gripe A por cada 100.000 habitantes, sobre el número de casos totales. Y así se explicaba en el mencionado informe especial.

En el comunicado se anunciaba también, literalmente, que esos datos se facilitarían de **manera semanal** (todos los viernes), a través de la página web del Ministerio de Sanidad.

Lo importante ya no era saber cuántos casos totales se producen, sino analizar la tendencia de la infección por el virus. Para lo cual sólo era necesario

---

<sup>35</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:  
<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/informesGripeA/090728.htm>

identificar, tomar muestras, analizar y confirmar algunos casos, para poder monitorizar la evolución del virus, y no de todos como se había hecho hasta el momento. Las pruebas de laboratorio quedaban relegadas, por lo tanto, a los pacientes muy graves o a los involucrados en brotes que pudieran afectar a una población de riesgo.

Esta nueva forma de estudio y control de la gripe A se realizó a través de la ‘Red de médicos centinela’, la misma que vigila cada año la gripe estacional. Esta Red es descrita en el comunicado especial ya citado de la siguiente manera:

*“Es una red de médicos de vigilancia de la infección por el virus de la gripe A H1N1, distribuidos por todo el territorio nacional, en centros de Atención Primaria y en hospitales. Estos médicos confirman mediante pruebas de laboratorio los casos de gripe A H1N1 a una muestra representativa de la población que padece los síntomas de la enfermedad. Con este sistema se dispone de información sobre las tendencias de la infección en cuanto a intensidad y distribución geográfica y proporciona una muestra representativa de los casos que aparecen en la población general. La toma de muestras de laboratorio permite la monitorización de las características del virus en la comunidad. La red de médicos centinela cubre a un 2% de la población española y es totalmente representativa”.*

#### Comunicación a través de internet:

Los comunicados oficiales e informes de situación de los que hemos hablado en el apartado anterior forman, asimismo, parte de la labor de comunicación realizada por el Ministerio de Sanidad en internet. No obstante, considerábamos que merecían una mención aparte al tratarse de una información que, aunque estaba accesible para el público general, estaba especialmente dirigida a los periodistas de los medios de comunicación. Su presencia en internet era el refuerzo a la labor de difusión realizada mediante ruedas de prensa y envíos directos a los profesionales de la comunicación, por lo que tienen una entidad propia, independiente de la página web.

En el momento en el que surgió la gripe A, año 2009 y comienzos de 2010, las redes sociales aún no tenían la entidad y presencia que tienen hoy en día. De hecho, la página de Facebook oficial del Ministerio de Sanidad (<https://es-es.facebook.com/msssi.es>), por ejemplo, se creó en diciembre de 2010. Por lo que la estrategia de comunicación digital del Gobierno nacional se centró en su página web. Dentro de la misma se creó un apartado especial dedicado a esta enfermedad y, además, se diseñó una subpágina (con entidad propia, pero a la que se podía acceder también desde un banner visible en la página central del Ministerio) especialmente creada para solucionar las dudas que los ciudadanos pudieran tener respecto a la enfermedad.

El **apartado especialmente creado para la gripe A**, dentro de la página general del Ministerio<sup>36</sup>, se denominó ‘Información sobre la gripe A (H1N1)’ y se incluyó dentro del epígrafe de ‘alertas’ de ‘Servicios al ciudadano’. Su ubicación dentro del mapa web dice mucho acerca de los objetivos que se querían alcanzar con esta información: ofrecer a la población un servicio asistencial transparente ante una situación de alerta social dentro, una vez más, de la política de accesibilidad total a la información que el Gobierno nacional estableció para la gestión de la enfermedad.

De este modo, y para cumplir con las metas establecidas, en este apartado se incluyó información tanto relacionada con aspectos prácticos para el ciudadanos como, por ejemplo, consejos para prevenir el contagio o información sobre los tratamientos disponibles para los afectados; como datos sobre las medidas que las autoridades sanitarias estaban llevando a cabo, incluyendo su política de comunicación (con acceso a los comunicados e informes de situación que ya hemos analizado) o las guías, protocolos e informes técnicos que se estaban siguiendo. En este epígrafe se aludía también al teléfono de atención al ciudadano del que hablaremos a continuación.

Los puntos que se incluían, exactamente, dentro de ‘Información sobre la gripe A (H1N1)’ eran los siguientes:

---

<sup>36</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:  
<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/informesGripeA/090728.htm>



- Informes de Situación
- Comunicados del Ministerio de Sanidad y Política Social
- Preguntas y respuestas más frecuentes
- Recomendaciones para prevenir la gripe A (H1N1)
- Guías, Protocolos e Informes Técnicos. Profesionales
- Información sobre vacunas y medicamentos antivirales
- Campaña de información y prevención de la gripe A
- Teléfono de Información y Atención al Ciudadano: 901 400 100
- Teléfonos de información gripe A de las CCAA
- Enlaces de interés sobre la gripe A (H1N1)

En este último apartado se incluían enlaces a las páginas web de otros organismos sanitarios oficiales como la OMS, o las autoridades sanitarias de otros países (especialmente implicados en la pandemia como México o Estados Unidos) y de otras comunidades autónomas españolas (tanto de sus consejería de sanidad como de sus teléfonos de atención al ciudadano, de los que también hablaremos más adelante).

No obstante y debido a la alarma social e interés generado por la gripe A, el Ministerio de Sanidad decidió que la enfermedad tenía la importancia suficiente como para que tuviera **su propia página web**, con la dirección <http://www.informaciongripe.es>. Esta era, asimismo, una manera más cercana de resolver las dudas de la población. Los ciudadanos podían acceder a la información sobre el virus desde su propia casa y de manera sencilla y gratuita.

Esta información contaba además con el aval del propio Ministerio y procedía, por lo tanto, de una institución sanitaria fiable y eso podía generar más confianza que la facilitada por los medios de comunicación. Eran datos que llegaban de manera directa de las autoridades sanitarias al ciudadano, sin intermediarios.

La página web estaba dividida en tres grandes apartados: efectos, prevención y recomendaciones. Y su objetivo principal era prevenir, evitar los

contagios y a expansión de la enfermedad, tal y como indicaba su imagen principal:



Fuente: página web Gripe A

Y también sus contenidos: recomendaciones higiénicas para prevenir la enfermedad (como lavarse las manos, cómo estornudar...), recomendaciones para que los profesionales sanitarios evitaran el contagio, consejos para el uso de antivirales y vacunas, indicaciones sobre el uso de mascarillas...

#### Comunicación telefónica:

De esta manera, la estrategia de comunicación del Ministerio de Sanidad cubría los objetivos de informar sobre la actualidad, dando explicaciones transparentes sobre todo lo que estaba ocurriendo a través de los comunicados e informes oficiales; y de informar sobre prevención, para evitar la expansión de la gripe A por el territorio nacional. Y solo le restaba cubrir la tercera pata de la labor informativa: comunicar y atender a los afectados.

Y, para ello, se desarrolló un **sistema de atención telefónica** con un doble fin. Por una parte, incrementar el sentimiento de tranquilidad entre la población ofreciéndoles un servicio asistencial especial que completara los tradicionales y, por otro lado, filtrar los posibles casos de gripe A para lograr que sólo llegaran a los centros sanitarios los de mayor gravedad.

Ante una situación de crisis sanitaria, uno de los mayores peligros es que se saturen los centros de salud y los hospitales, lo que podría llegar a derivar en una mala atención sanitaria. Y, por eso, el Ministerio de Sanidad puso en marcha una serie de números de teléfonos (uno por cada Comunidad Autónoma) que permitían que las personas con síntomas de gripe hablaran con un profesional sanitario.

Este profesional realizaba un triaje, mediante una serie de preguntas consensuadas y calibradas oficialmente, con el que se hacía un diagnóstico previo del caso y se decidía si cada paciente tenía motivos para acudir a un centro sanitario o servicio de urgencias o si, por el contrario, era una falsa alarma y podía permanecer en su domicilio.

El listado de teléfonos de atención sanitaria a la gripe A se facilitaba, además, en la página web del Ministerio de Sanidad<sup>37</sup>. Algunas comunidades autónomas crearon un número especial para la atención de esta enfermedad (como fue por ejemplo, el caso de Castilla y León) y otras utilizaron para tal fin números ya en activo para la atención ciudadana (012, en Canarias) o de emergencias sanitarias (112, en comunidades como Aragón, Madrid, Murcia, Ceuta o Melilla).

### **Estrategia y plan de comunicación de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León**

La labor de coordinación desarrollada entre el gobierno nacional y los autonómicos para trabajar, de manera conjunta, contra la gripe A se reflejó también en el desarrollo de las estrategias de comunicación.

De este modo, el plan comunicativo desarrollado por la Junta de Castilla y León se basó en los mismos pilares que el del Ministerio de Sanidad: comunicados e informes de situación, comunicación a través de internet y comunicación telefónica.

#### **Comunicados e informes de situación**

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León también utilizó el sistema de comunicados para hacer llegar la información a los medios de comunicación. Pero su uso difirió en varios aspectos del realizado por el Ministerio de Sanidad.

---

<sup>37</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:  
<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/telefonosCCAAgripeA.htm>

En primer lugar, los comunicados no se facilitaban en rueda de prensa. Esta fórmula sólo se empleaba para acompañar a las notas de prensa publicadas sobre el tema, documentos en los que se profundizaba más en la información y que estaba relacionados, siempre, con aspectos de actuación estrictamente regionales y no con la situación general de la enfermedad (algunos ejemplos fueron las notas y ruedas de prensa realizadas para la presentación pública del Plan de Actuación de la Junta de Castilla y León frente a la gripe A H1N1 -25/08/2009-, o el balance de resultados de ese mismo plan realizado al finalizar la pandemia -03/02/2010-).

Por lo general, los comunicados eran enviados directamente a los medios de comunicación a través de los canales habituales de comunicación del Gobierno regional (envíos diarios, vía correo electrónico, realizados desde la Dirección de Comunicación de la Junta), además de colgarlos en el Portal de Salud de Castilla y León (<http://www.saludcastillayleon.es/>) para facilitar su acceso a todas las personas interesadas en ellos. En concreto, los comunicados se publicaban en el mismo apartado digital que se utilizaba, habitualmente, para la difusión de las notas de prensa de cualquier otro tema: el servicio de 'actualidad informativa' del subportal 'institución' de la página web.

El motivo principal de esta forma de proceder era que los comunicados emitidos desde las comunidades autónomas eran un apoyo a los publicados por el Ministerio y, por lo tanto, debían tener un menor protagonismo. La voz principal era la ministra, Trinidad Jiménez, y ella era quien debía ponerle cara a los informes de situación.

Por esta misma razón llegamos a la segunda diferencia clave entre los comunicados autonómicos y los nacionales: los autonómicos no eran diarios y fijos. Se publicaba cuando había un caso sospechoso, un afectado o un brote de la enfermedad en el territorio de la Comunidad. Y, en consecuencia, eran un cauce para completar la información facilitada por el Ministerio. Desde el gobierno nacional se hablaba de las cifras generales recogidas de toda España, y los ejecutivos regionales ampliaban esas cifras con datos de interés para los periodistas como, por ejemplo, patologías previas de los afectados, sexo de los pacientes sospechosos, alcance de los brotes, etc...

La primera comunicación oficial sobre la gripe A realizada por la Junta de Castilla y León se realizó el 27 de abril de 2009 y se hizo empleando el formato nota + rueda de prensa para explicar, de forma detallada, cuáles eran los protocolos asistenciales y de vigilancia activados en la Comunidad ante el brote de la por entonces aún denominada ‘gripe porcina’.

En este acto público el consejero de Sanidad, Francisco Javier Álvarez Guisasola, aprovechó para informar personalmente de la detección del primer caso sospechoso de gripe A en la región. Por lo que los comunicados oficiales, como tales, no comenzaron hasta el 28 de abril, con el segundo caso sospechoso localizado en la Comunidad.

A partir de entonces y a lo largo de los meses de abril, mayo y comienzos de junio, se mantuvo esta línea de acción: dar informes de situación (matutinos, vespertinos o ambos si la situación lo requería) de cada caso sospechoso de gripe A que se declaraba en Castilla y León. Tras realizar los análisis clínicos correspondientes se informaba, asimismo, de si el caso sospechoso era finalmente positivo o negativo.

A pesar de que los comunicados comenzaron, como ya hemos mencionado, el 28 de abril, hay que señalar que no fue hasta el día 25 de mayo cuando se produjo el primer caso confirmado de contagio por el virus H1N1 en la Comunidad. Por lo que los doce comunicados publicados entre las dos fechas versaron sobre simples sospechas.

Hay que señalar, también, que la denominación de la enfermedad en los textos oficiales emitidos en Castilla y León fue variándose de ‘gripe porcina’ a ‘nueva gripe’ y, finalmente, ‘gripe A (H1N1)’ de la misma manera que en las publicaciones oficiales del Ministerio de Sanidad. Ya que las decisiones sobre su denominación se consensuaban en los Consejos Interterritoriales. Y de este mismo modo se actuó en el momento de declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud.

En esta etapa inicial de la gripe A los comunicados de la Consejería de Sanidad castellana y leonesa se completaban con un cuadro en el que se podía observar, de un solo vistazo, la situación de la enfermedad en el territorio autonómico. En esta tabla se incluían los casos sospechosos, negativos y

confirmados en cada una de las nueve provincias que componen la región, junto con la fecha e, incluso, la hora de emisión del comunicado.

De esta manera, se reforzaba la imagen de total transparencia informativa que, tanto el gobierno nacional como los autonómicos, querían ofrecer.

A continuación facilitamos, a modo de ejemplo, uno de estos cuadros. Concretamente el publicado el 24 de mayo de 2009:

**Tabla 20 Situación gripe A CyL. Fecha 24 de mayo de 2009**

SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN			
INFECCIÓN HUMANA POR NUEVO VIRUS DE LA GRIPE A/H1-N1			
NÚMERO DE PERSONAS EN INVESTIGACIÓN DECLARADAS AL C.C.A.E.S.			
<b>FECHA:</b>	<u>24-05-09</u>	<b>HORA:</b>	<u>18,30 horas</u>
Provincia	Personas en investigación	Casos confirmados por nuevo virus de la gripe A/H1 N1	Descartados
ÁVILA	0		
BURGOS	0		1
LEÓN	0		1
PALENCIA	0		
SALAMANCA	0		1
SEGOVIA	1		2
SORIA	0		1
VALLADOLID	3		

<b>ZAMORA</b>	0		1
<b>CASTILLA Y LEÓN</b>	4		7

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

El 12 de junio de 2009, la Junta de Castilla y León emitió una nota de prensa que explicará el cambio de nivel (paso de la fase 5 a la 6) establecido por la OMS. Este documento se publicó con un doble fin. Por un lado, remarcar el mensaje de tranquilidad que las instituciones quisieron transmitir en ese momento, subrayando desde las instituciones más cercanas al ciudadano que el cambio de nivel no implicaba un incremento en la gravedad de la enfermedad. Y, por otro lado, servir una vez más de apoyo al mensaje del Ministerio de Sanidad; en la nota del gobierno regional se remarca que la nación está preparada para enfrentar la etapa de pandemia y se hace referencia al Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe.

La entrada en la Fase 6 de la enfermedad trajo consigo, como ya ocurrió en el ámbito estatal, la modificación en el funcionamiento del sistema de comunicados oficiales de la Junta de Castilla y León: se dejó de informar de los casos sospechosos (sólo se hizo una excepción puntual con el caso del surgimiento de varios casos sospechosos en un campamento de veranos en del Colegio de los Salesianos de la localidad abulense de Arévalo. En este caso sí que se habló de casos sospechosos y se hicieron publicaciones especiales los días 17 y 21 de julio de 2009), para pasar a anunciar solamente los casos confirmados. En el caso del Ministerio, en este momento, se pasa a informar únicamente de las víctimas mortales, pero en Castilla y León aún no se había producido ningún fallecimiento, por lo que se publican los casos confirmados. El cuadro de situación pasa, por lo tanto, a tener una sola columna (éste es el publicado el 24 de junio de 2009):

**Tabla 21 Situación gripe A en CyL a 24 de junio de 2009**

SITUACIÓN EN CASTILLA Y LEÓN	
INFECCIÓN HUMANA POR NUEVO VIRUS DE LA GRIPE A/H1N1	
SEMANA EPIDEMIOLÓGICA 23/2009	
Provincia	Casos confirmados por nuevo virus de la gripe A/H1N1
ÁVILA	
BURGOS	1
LEÓN	1
PALENCIA	
SALAMANCA	
SEGOVIA	2
SORIA	
VALLADOLID	3
ZAMORA	
CASTILLA Y LEÓN	7

Fuente: Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

Posteriormente, en Castilla y León también se volvió a cambiar la estrategia de comunicación. Acorde a lo estipulado en el Consejo Interterritorial del 22 de julio de 2009 y a la extensión generalizada del virus, se pasó (al igual que en los comunicados nacionales) a informar de la evolución del virus H1N1 con el tradicional **sistema de tasas**, el mismo que se emplea para la gripe común. Es decir, a partir de ese momento se informaría del número de casos de gripe A por cada 100.000 habitantes, sobre el número de casos totales.



La diferencia estribó en que en la Comunidad no se publicó un comunicado especial explicando este cambio, ya que eso se hizo desde el Ministerio. En Castilla y León simplemente se incluyó una breve explicación en el comunicado rutinario publicado el 29 de julio de 2009 (un día después de que lo anunciara el gobierno nacional), bajo el epígrafe de 'Aviso importante'.

En consecuencia, a partir de ese momento, los comunicados se seguían emitiendo y colgando en el Portal de Salud de Castilla y León, pero de manera nacional y siguiendo las pautas habituales de información sobre la gripe estacional de la 'Red de médicos centinela'.

Esta rutina informativa se rompió solo en ocasiones puntuales de especial relevancia informativa en las que, como hemos explicado al principio, se facilitaban notas de prensa con explicación más intensa o detallada. Estas 'ocasiones especiales' fueron:

- La presentación del 'Plan regional de actuación con el que hacer frente a un posible incremento de los casos de personas afectadas por la nueva gripe A/H1N1' (25/08/2009).
- Anuncio del primer fallecimiento por la gripe A en Castilla y León (26/08/2009). De las muertes por virus H1N1 en la región sí que se informó, independientemente del sistema de tasas.
- Balance del primer día de la puesta en marcha de la campaña de vacunación frente a la enfermedad (16/11/2009).
- Balance del 'Plan regional de actuación con el que hacer frente a un posible incremento de los casos de personas afectadas por la nueva gripe A/H1N1' (03/02/2010).

Finalmente, hay que indicar que el último comunicado oficial sobre la gripe A emitido por la Junta de Castilla y León se publicó el 25 de febrero de 2010.

#### Comunicación a través de internet:

Además de la publicación en el Portal de Salud de Castilla y León de los comunicados oficiales e informes de situación de los que hemos hablado en el apartado anterior, la Consejería de Sanidad quiso reforzar la labor de difusión

de la información sobre la enfermedad creando un apartado especial sobre ella en su página web. Esta acción comunicativa estaba especialmente dirigida a los ciudadanos y no a los periodistas. Era una manera directa de resolver sus dudas sobre el virus H1N1 sin necesidad de intermediarios.

En el momento en el que surgió la gripe A, año 2009 y comienzos de 2010, las redes sociales aún no tenían la entidad y presencia que tienen hoy en día. Y la Consejería de Sanidad de Castilla y León no era una excepción.

De hecho, la página de Facebook oficial de esta institución (<https://www.facebook.com/saludcastillayleon>), por ejemplo, se creó en mayo de 2010. Por lo que su estrategia de comunicación digital del Gobierno nacional se centró en su página web.

El **apartado especialmente creado para la gripe A**, anteriormente mencionado, incluía información general sobre la enfermedad: definición de la misma, síntomas, tratamiento, medida preventivas... Y estaba especialmente señalado con una imagen con enlace directo que se incluyó en la página inicial del Portal de Salud.

Este apartado se incluyó, asimismo, información sobre el servicio de atención telefónica regional sobre la gripe A del que hablaremos en el siguiente apartado.

#### Comunicación telefónica:

Al igual que en el caso del Ministerio de Sanidad, la estrategia de comunicación de la Junta de Castilla y León cubría los objetivos de informar sobre la actualidad, dando explicaciones transparentes sobre todos lo que estaba ocurriendo a través de los comunicados e informes oficiales; y de informar sobre enfermedad, para evitar la expansión de la gripe A por el territorio regional. Y solo le restaba cubrir la tercera pata de la labor informativa: comunicar y atender a los afectados. Y, para ello, se desarrolló el **sistema de atención telefónica** con los mismos objetivos que ya enumeramos al hablar de este apartado en la comunicación nacional.

Castilla y León fue una de las comunidades que contó con un número creado especialmente para la atención de esta enfermedad. Este número fue el 900 222 000.

### **Coordinación intergubernamental: los Consejos Interterritoriales**

En la actualidad las competencias sanitarias de salud pública y asistencia sanitaria están transferidas a las comunidades autónomas y, por lo tanto, son responsabilidad de los gobiernos autonómicos.

Las transferencias se realizaron a partir de la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de transferencia de competencias a Comunidades Autónomas ([http://noticias.juridicas.com/base\\_datos/Admin/lo9-1992.html](http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/lo9-1992.html)) y se fueron completando, de forma escalonada en las diferentes regiones. En el caso de Castilla y León la transferencia se realizó en el año 2002, con el entonces consejero de Sanidad, Carlos Javier Fernández Carriedo.

No obstante y, tal y como explica la Organización Nacional de Trasplante (ONT) en su página web<sup>38</sup>, a pesar de la transferencia de competencias, el gobierno nacional sigue manteniendo la capacidad normativa general, la coordinación interterritorial y la sanidad exterior.

Por lo que fue necesaria la creación de una figura ejecutiva que facilitara la coordinación gubernamental, estatal y autonómica, para la toma de decisiones sanitarias en las que estén implicados factores que afecten tanto a los sistemas regionales de salud como al Sistema Nacional de Salud (SNS) en su conjunto.

Y, para ello, la Ley General de Sanidad<sup>39</sup>, contempla la creación del llamado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), cuya misión principal garantizar la equidad en prestaciones sanitarias de todos los ciudadanos de las diferentes Comunidades Autónomas.

---

<sup>38</sup> Organización Nacional de Trasplantes - Consejo Interterritorial:  
<http://www.ont.es/infesp/Paginas/ConsejoInterterritorial.aspx>

<sup>39</sup> Boletín Oficial del Estado (BOE): <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>

La definición (facilitada en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) del CISNS, está recogida en el artículo 69 de la Ley de cohesión y calidad del SNS<sup>40</sup> y es la siguiente:

*"Órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud, entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud a través de la garantía efectiva de los derechos de los ciudadanos en todo el territorio del Estado".*

Y está constituido, según explica también la ONT:

*"Por el Ministro de Sanidad y Consumo, así como los Consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas. Asisten asimismo a las sesiones plenarias, con voz y sin voto, el Subsecretario de Sanidad y Consumo y el Director general de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección".*

La gripe A era un problema de salud pública y, por lo tanto, estaba incluido dentro de las competencias de las comunidades autónomas. Pero también era un problema que afectaba al territorio nacional en su conjunto (el virus no entendía de fronteras geográficas) y a la sanidad exterior, por lo que también estaba incluido dentro de la capacidad decisoria del gobierno nacional.

Asimismo, hay que indicar que la toma de decisiones debía ser conjunta y, sobre todo, **coordinada**. Y la Ley General de Sanidad establece también que:

*"La Coordinación General Sanitaria corresponde al Estado, que debe fijar los medios para facilitar la información recíproca, la homogeneidad técnica y la acción conjunta que logre la integración de actos parciales en la globalidad del SNS. Además, los criterios de Coordinación General Sanitaria, aprobados por el CISNS, deberán ser tenidos en cuenta en la elaboración del Plan Integrado de Salud, documento que deberá recoger*

---

<sup>40</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/LeyCohesionyCalidad.pdf>

*los planes de salud estatales, autonómicos y conjuntos y sus fuentes de financiación. Este Plan también tendrá que ser sometido al CISNS”.*<sup>41</sup>

En consecuencia, y según todo lo expuesto, el CISNS era el órgano en el seno del cuál debían tomarse las decisiones organizativas respecto al diseño de acciones y planes y ejecución de los mismos para hacer frente a la gripe A (H1N1).

## **Comunicación internacional**

En un caso de pandemia en el que, por definición, están implicados muchos países, es fundamental que exista una buena comunicación entre los responsables sanitarios de los mismos. Porque coordinar las acciones de todos ellos es la única manera de frenar la expansión de una enfermedad.

La gripe es, además, un problema de salud estacional que alcanza su punto álgido en los meses de invierno y, por eso, su pico de actividad no se dio en el mismo momento en todo el mundo.

Esto supuso, por supuesto, un problema para los países del cono sur, que no tenían referencias para hacer frente a un virus nuevo como el H1N1. Pero fue una ventaja para los países cuya época fría es posterior, porque pudieron saber a qué se enfrentaban observando a sus vecinos y aprender de los errores que éstos cometieron. Así lo resume la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez (Martínez Olmos 2014:15):

*“La necesaria cooperación internacional, que nos permitió enmendar algunos errores que se había cometido en algunos países y adelantarnos a otros para evitar el pánico y desconcierto que ya se empezaban a generar”.*

Esta información, no obstante, llegó de unos países a otros fundamentalmente por vía de los medios de comunicación. Encontrándose carencias en las vías de comunicación oficial, fundamentalmente de la Organización Mundial de la Salud.

---

<sup>41</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:  
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm>

Y, aunque algunas personas, como el entonces presidente del Gobierno, Rodríguez Zapatero, ensalzaron el liderazgo mostrado por la mencionada institución internacional con palabras como estas: *“La respuesta ante la gripe A fue un buen ejemplo de concertación. Concertación a nivel internacional, con el liderazgo de la OMS (...)”*, frase recogida Martínez Olmos (2014:10); como el propio secretario general de Sanidad, afirman lo contrario. Así habla Martínez Olmos de la primera intervención realizada por Margaret Chan hablando de la gripe A (2014:15):

*“Decir que la salud del mundo entero está en riesgo y que la evolución de la situación es impredecible y no dar ninguna otra explicación, ni comunicar oficialmente a las autoridades sanitarias de los Estados miembros de la OMS cuál era la situación real es un grave error. Y dar a conocer a toda la sociedad a través de los medios de comunicación una situación así, sin haberlo hecho antes a los gobiernos, es una grave irresponsabilidad totalmente reprochable”.*

### **Canalización de la información a través de los medios de comunicación**

Toda la labor de comunicación planeada y ejecutada por las instituciones sanitarias frente a la crisis de la gripe A tenía un fin: llegar a los ciudadanos. Y, para que este objetivo pudiera cumplirse era necesaria la colaboración de los medios de comunicación.

El papel de los mass media fue clave durante la presencia del virus H1N1 en España en el periodo de tiempo estudiado en nuestra investigación, ya que ellos eran, como hemos señalado, la fuente de información principal para la población sobre lo que estaba ocurriendo y sobre cómo iba evolucionando la enfermedad. Además de ser, por supuesto, la vía de comunicación más directa abierta entre los afectados y las entidades gubernamentales.

El hecho de que los ciudadanos se informen de lo que está aconteciendo a su alrededor a través de la prensa, la radio, la televisión e internet es algo lógico en una sociedad mediatizada como la actual, en la que los mensajes oficiales y no oficiales se canalizan a través de esta vía. Sin embargo, es ya

más reprobable el hecho de que las autoridades y organismos públicos se informen de los sucesos de su ámbito de competencia únicamente a través de los medios de comunicación. Tal y como ocurrió durante los primeros días de la llegada del virus H1N1 al territorio español.

Las primeras valoraciones internacionales sobre la gravedad de la nueva gripe llegaron a las autoridades sanitarias nacionales a través de los periodistas, en lugar de por los cauces oficiales, como explica Martínez Olmos (2014: 20):

*“Sentí una gran contrariedad cuando conocí la opinión de la directora general de la OMS a través de la información que transmitían los medios de comunicación y tras comprobar que ni al Ministerio de Sanidad y Política Social, ni al Ministerio de Asuntos Exteriores, ni a nuestra Embajada en Ginebra había llegado oficialmente comunicación alguna”.*

De estas declaraciones se deduce, asimismo, que el papel de los medios de comunicación fue también clave en la comunicación internacional de la evolución de la enfermedad. La gripe A fue un problema sanitario de carácter mundial y las informaciones sobre el incremento del número de casos, en distintos puntos del globo, se trasladaban mediante las páginas de los periódicos, las ondas de radio y televisión y, por supuesto, a través de internet.

## ***SEGUNDA PARTE – Realización de la investigación empírica y análisis de datos***

### **5. LA VOZ DE LOS ACTORES IMPLICADOS**

Como se ha expuesto anteriormente (ver el capítulo dedicado a la ‘Metodología’) se han realizado nueve entrevistas a actores relevantes que estuvieron involucrados en la gestión y comunicación de la crisis sanitaria producida por el virus N1H1. Todas ellas llevadas a cabo en el periodo de tiempo 2012-2014.

En concreto, hemos hablado con dos gestores sanitarios, dos jefas de prensa de gabinetes sanitarios, dos periodistas pertenecientes a esos mismos gabinetes, dos periodistas de medios de comunicación y un experto sanitario.

Hemos escogido a estas personas porque todos ellos fueron testigos directos y activos de la pandemia de gripe A y porque, de un modo u otro, formaron parte del proceso comunicativo y la gestión informativa de esta crisis.

También era importante elegir actores que pertenecieran a nuestros dos ámbitos territoriales de análisis. Es decir, que trabajaran o en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en la Sanidad Castellano y Leonesa (SACYL) o en los periódicos empleados en nuestro análisis de noticias, *El Norte de Castilla* y *El País*.

A todos ellos se les realizaron preguntas, dentro del gran tema de la gripe A, en torno a cinco grandes subtemáticas de interés para nuestra investigación: su trabajo diario, su visión de la crisis sanitaria, su valoración de la labor de comunicación realizada, la toma de decisiones y acciones que él o ella tuvo que llevar a cabo y su valoración del trabajo de los profesionales de las demás categorías objeto de estudio.



Y, siguiendo este esquema, se intentó adaptar la formulación de cada una de las cuestiones al perfil de cada actor, dentro del objetivo de mantener la máxima homogeneidad posible en el planteamiento de las preguntas.

Todas las entrevistas fueron grabadas y, después, transcritas, analizadas y comparadas, con el fin de poder observar las diferencias y puntos en común existentes entre los diferentes perfiles y su manera de entender nuestro objeto de estudio.

A continuación procedemos a presentar el mencionado proceso, empezando por presentar el perfil de cada uno de los entrevistados, con el objetivo de contextualizar su labor en esta crisis sanitaria. Y, posteriormente analizaremos los temas abordados por cada uno de ellos a partir de sus declaraciones textuales.

De esta manera, queremos facilitar la comprensión de cuál fue el papel de cada uno de ellos durante la crisis sanitaria de la gripe A, entender por qué son relevantes para nuestra investigación y facilitar la contextualización de sus respuestas.

## 5.1 Perfiles de los entrevistados. ¿Quiénes son y qué papel jugaron en la gripe A?

### 5.1.1 La gripe A vista por los gestores sanitarios

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Trinidad Jiménez



Ilustración 8 Trinidad Jiménez. Ministra de Sanidad

#### **PERFIL**<sup>42</sup>

Licenciada en Derecho. Experta en relaciones internacionales.

Puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

- \*Diputada por Málaga. Grupo Socialista en el Congreso de los Diputados. (2011 – actualidad).
- \*Ministra de Asuntos Exteriores y Cooperación. (2010 -2011).
- \*Ministra de Sanidad y Política Social. (2009 -2010).
- \*Secretaria de Estado para Iberoamérica. (2006 -2009).
- \*Concejala Portavoz del Grupo Socialista en el Ayuntamiento de Madrid. (2003 -2006).

---

<sup>42</sup> Datos y fotografía obtenidos de su perfil en la página web del Congreso de los Diputados: <http://bit.ly/1Bzuc7o>

## PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A

Responsable del Ministerio de Sanidad y Política Social durante la pandemia de gripe A.

## **Junta de Castilla y León. Francisco Javier Álvarez Guisasola**



**Ilustración 9 Francisco Javier Álvarez Guisasola. Consejero de Sanidad Castilla y León**

### **PERFIL<sup>43</sup>**

Licenciado en Medicina por la Universidad de Salamanca -USAL- (1965-1971).

Estudios de Doctorado en la Universidad de Valladolid -UVA- (1973).

Especialidad en Pediatría y Hematología.

Cátedra de Pediatría por la UVA (1986).

Cargos desempeñados:

\*Director del Departamento de Pediatría, Obstetricia y Ginecología y vicedecano de la Facultad de Medicina de la UVA (1986-1989).

\*Vicerrector de Investigación de la UVA (1990- 1994).

\*Rector de la UVA (1994-1998).

\*Coordinador General de Educación de la Consejería de Educación y Cultura de la Junta de Castilla y León (1999-2001).

\*Viceconsejero de Educación (2001-2003)

---

<sup>43</sup> Datos obtenidos del perfil facilitado por la Universidad de Salamanca (USAL): <http://asus.usal.es/component/content/article/29/90-d-francisco-javier-lvarez-guisasola>

\*Consejero de Educación (2003-2007).

\*Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León (2007-2011).

\*Jefe del Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (2011-actualidad).

#### PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A

Gestor sanitario. Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León durante la pandemia de gripe A.

### **5.1.2 La gripe A vista desde los gabinetes de prensa sanitarios**

**Junta de Castilla y León. Teresa Zurro.**



**Ilustración 10 Teresa Zurro. Jefa de prensa Consejería de Sanidad Castilla y León**

#### **PERFIL<sup>44</sup>**

Licenciada en Geografía e Historia, especialidad de Geografía, por la Universidad de Valladolid. Promoción 1983/1988

Puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

\*Responsable de Comunicación del Sindicato de Educación Concertada en España (FSIE) – (2011-actualidad).

\*Jefa de Prensa y Asesora de Comunicación en el Gabinete del Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León. (2007 -2011)

\*Jefa de Prensa y Asesora de Comunicación en el Gabinete del Consejero de Educación de la Junta de Castilla y León. (2003 – 2007).

\*Jefa de Prensa y Asesora de Comunicación en el Gabinete del Consejero de Economía y Hacienda de la Junta de Castilla y León. (2002 - 2003).

\*Jefa de la sección de deportes de Onda Cero Castilla y León. (1990 – 2002).

---

<sup>44</sup> Datos y fotografía facilitados por Teresa Zurro.

## PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A

Responsable del Gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Coordinación y gestión de la comunicación sobre la gripe A en la Comunidad autónoma. Participación en las reuniones realizadas, por el Ministerio de Sanidad, con todos los responsables de comunicación de las consejerías de sanidad para coordinar la labor nacional a este respecto.

## **Junta de Castilla y León. Iñaki Pagazaurtundua.**



**Ilustración 11 Iñaki Pagazaurtundua. Periodista de la Consejería de Sanidad de Castilla y León**

### **PERFIL<sup>45</sup>**

Licenciado en Ciencias de la Información por la Universidad de Navarra (1983-1988).

Especializado en Protocolo y Comunicación por la Escuela de Empresa (2006)

Puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

- \*Redactor y jefe de sección en El Correo de Zamora (1987-1991)
- \*Redactor del programa militar de Tele Ceuta, El Faro de Ceuta y Onda Cero-Radio Perla entre junio de 1990 y mayo de 1991
- \*Redactor en la Agencia de Noticias ICAL entre julio de 1991 y julio de 1997
- \*Redactor de la revista LABRANZA entre 1994 y 1996
- \*Redactor en El Mundo de Castilla y León (suplemento La Posada y suplementos económicos) entre 1997 y 1999
- \*Colaborador del Gabinete de Prensa de Iberdrola Castilla y León entre 1998 y 2000

---

<sup>45</sup> Datos y fotografía facilitados por Iñaki Pagazaurtundua.



- \*Colaborador de la revista Turismo Castilla y León entre 1997 y 2004
- \*Director de Comunicación del INSALUD en Castilla y León entre enero de 1998 y diciembre de 2001
- \*Coordinador-Redactor del periódico «El Clínico» de Valladolid desde enero de 2001 hasta diciembre de 2003
- \*Responsable de la página web de noticias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid desde abril de 2001 hasta enero de 2003
- \*Responsable de prensa de la Gerencia Regional de Salud (SACYL) desde enero de 2002 hasta la actualidad, formando parte del equipo de periodistas de la Consejería de Sanidad
- \*Miembro de la Unidad de Comunicación del Hospital Clínico Universitario de Valladolid desde enero de 2014 hasta la actualidad.

#### PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A

Responsable de prensa de la Gerencia Regional de Salud (SACYL) y periodista de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. M<sup>a</sup> Jesús García González.**



**Ilustración 12 M<sup>a</sup> Jesús García. Jefa de prensa del Ministerio de Sanidad**

#### **PERFIL<sup>46</sup>**

Licenciada en Filología Hispánica por la Universidad Complutense de Madrid y Máster en Periodismo por E País-Universidad Autónoma de Madrid

Algunos puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

- \*Directora del Instituto Cervantes de Toulouse (Francia).
- \*Directora General de Comunicación Exterior en el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación (2010-2011).
- \*Directora de Comunicación del Ministerio de Sanidad (2008-2010)
- \*Asesora de Comunicación en la Secretaría de Estado para Iberoamérica (2006-2009).
- \*Asesora de Comunicación en el Ayuntamiento de Madrid (2002-2006).
- \*Directora del Gabinete de Prensa de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (1996-1999)
- \*Directora de Comunicación del Ministerio de Educación y Ciencia (1991-1996).
- \*Periodista en Cadena SER-Radio Madrid (Servicios Informativos).

---

<sup>46</sup> Datos y fotografía facilitados por M<sup>a</sup> Jesús García González.

## PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A

Directora del Gabinete de Comunicación del Ministerio de Sanidad y Política Social que gestionó la crisis de la gripe A. Trabajó como persona de confianza de la entonces ministra, Trinidad Jiménez, y formó parte de los Consejos Interterritoriales en los que se tomaban las decisiones conjuntas de actuación entre el Gobierno nacional y los autonómicos.

**Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Maite Perea.**



**Ilustración 13 Maite Perea. Periodista del Ministerio de Sanidad**

## **PERFIL<sup>47</sup>**

Periodista, licenciada por la Universidad de Gales EADE en Málaga. Especializada en comunicación corporativa. Experiencia profesional en Comunicación política, sanitaria y turística.

Puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

- \*Consultora de comunicación (freelance) (2013 – actualidad).
- \*Directora de comunicación de Federación Nacional de Asociaciones de Mayoristas y Distribuidores de Especialidades Farmacéuticas – FEDIFAR- (2010 –2012)
- \*Periodista del gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad y Política Social con la ministra Trinidad Jiménez (2009 –2010).
- \*Dirección de comunicación Ministerio de Sanidad y Política Social con el ministro Bernat Soria (2007 –2009)
- \*Redactora de ‘Correo Farmacéutico’ (2003 – 2006)
- \*Redactora de ‘El Observador’ (2002 – 2003)
- \*Redactora de ‘Reuters Health Spain’ (2001-2002)

---

<sup>47</sup> Datos obtenidos del perfil de LinkedIn de Maite Perea: <https://es.linkedin.com/in/maiteperea>

## PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A

Periodista y experta en comunicación sanitaria dentro del gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad y Política Social durante el mandato de la ministra Trinidad Jiménez.

Formó parte del equipo que gestionó la comunicación de crisis durante la pandemia de gripe A.

### **5.1.3 La gripe A vista desde los medios de comunicación**

**María Sahuquillo. El País.**



**Ilustración 14 María Sahuquillo. Periodista de *El País***

#### **PERFIL<sup>48</sup>**

Licenciada en Periodismo.

Puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

- \*Reportera y Redactora de la sección de Internacional en el Diario *El País* (mayo de 2014 – actualidad).
- \*Redactora de la sección de Sociedad y Sanidad en el Diario *El País* (2007 – mayo de 2014)
- \*Consultora del comunicación en Fundación para la Cultura del Vino (abril de 2005 – diciembre de 2005)
- \*Redactora y colaboradora en EuroMedia en Bruselas, Belgica (septiembre de 2003 – diciembre de 2004)
- \*Prácticas laborales en la Agence France Presse (AFP) en Bucarest, Rumanía.
- \*Redactora en prácticas en Onda Cero Radio (junio de 2001 – septiembre de 2001)
- \*Redactora en prácticas en Radio Voz (marzo de 2001 – junio de 2001)

---

<sup>48</sup> Datos y fotografía obtenidos del perfil de LinkedIn de María Sahuquillo: <https://www.linkedin.com/in/mariasahuquillo>

## PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A

Periodista de la sección de Sanidad del periódico *El País*.

**Ana Santiago. El Norte de Castilla.**



**Ilustración 15 Ana Santiago. Periodista de *El Norte de Castilla***

## **PERFIL<sup>49</sup>**

Licenciada en Filología Hispánica en la Universidad de Valladolid (UVA).

Puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

\*Más de dos décadas como redactora de *El Norte de Castilla*.

\*Ha trabajado en diferentes secciones: Municipal, Economía y Cultura.

\*Diez años en la sección de Los últimos diez años se ha especializado en temas de Sanidad y Servicios Sociales.

## **PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A**

Periodista de la sección de Sanidad del periódico *El Norte de Castilla*.

---

<sup>49</sup> Datos y fotografía obtenidos del perfil personal de Ana Santiago de la página web del periódico *El Norte de Castilla*: <http://www.elnortedecastilla.es/autor/ana-santiago-548.html>



#### **5.1.4 La gripe A vista por los profesionales sanitarios**

**Raúl Ortiz de Lejarazu. Centro Nacional de la Gripe.**



**Ilustración 16 Raúl Ortiz de Lejarazu. Experto en epidemiología**

#### **PERFIL<sup>50</sup>**

Licenciada en Derecho. Experta en relaciones internacionales.

Puestos desempeñados a lo largo de su carrera profesional:

- \*Jefe del Servicio de Microbiología e Inmunología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (2007 – actualidad).
- \*Profesor de Microbiología en la Universidad de Valladolid (1987 – actualidad).
- \*Director del Centro Nacional de la Gripe de Valladolid (1987 – actualidad).

#### **PAPEL DESEMPEÑADO DURANTE LA GRIPE A**

Experto sanitario. Formó parte del comité de expertos seleccionados por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León con fines de asesoría, durante la pandemia de gripe A.

Responsable de los análisis de muestras y estudio del virus H1N1 realizados en el Centro Nacional de la gripe de Valladolid.

---

<sup>50</sup> Datos y fotografía obtenidos del perfil de LinkedIn de Raúl Ortiz de Lejarazu: <https://www.linkedin.com/pub/ra%C3%BAI-ortiz-de-lejarazu-leonardo/95/416/5b3>

Por último, cerramos este apartado, con un cuadro resumen de todo lo expuesto en el mismo:

**Tabla 22 Perfiles y papel entrevistados durante la gripe A**

<b>Actor</b>	<b>Perfil en el que se encuadra dentro de nuestra investigación</b>	<b>Papel desempeñado durante la gripe A</b>
Trinidad Jiménez	Gestor sanitario	Ministra de Sanidad y Política Social
Francisco Javier Álvarez Guisasola	Gestor sanitario	Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León
M <sup>a</sup> Jesús García González	Jefa de prensa gabinete de prensa sanitario	Jefa de prensa de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León
Teresa Zurro	Jefa de prensa gabinete de prensa sanitario	Jefa de prensa del Ministerio de Sanidad y Política Social
Iñaki Pagazaurtundua	Periodista gabinete de prensa sanitario	Periodista de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León
Maite Perea	Periodista gabinete de prensa sanitario	Periodista del Ministerio de Sanidad y Política Social
María Sahuquillo	Periodista medio de comunicación	Periodista de <i>El País</i>
Ana Santiago	Periodista medio de comunicación	Periodista de <i>El Norte de Castilla</i>
Raúl Ortiz de Lejarazu	Experto sanitario	Miembro del comité de expertos de Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León y responsable del Centro Nacional de la Gripe.

Fuente: elaboración propia

## 5.2 Análisis de las entrevistas

### 5.2.1 La enfermedad

#### Diferencias entre la gripe A y la estacional

En este punto hay bastante consenso entre las personas entrevistadas.

Los periodistas, tanto de gabinete de prensa como de medio de comunicación (IP y AS en este caso) coinciden en que la gripe A fue **una gripe más** y en que, al final, se diferenció muy poco de una gripe común:

*\*“Al final la gripe A fue una gripe más”. (Iñaki Pagazaurtundua)*

*\*“La gripe A se fue suavizando y quedando en nada, en una gripe común”. (Ana Santiago).*

Aunque hay que señalar también, que Ana Santiago considera que los **síntomas** de la gripe A fueron mucho más agresivos que los de la gripe común y que, el hecho de que no hubiera **vacuna** preparada para enfrentar la enfermedad también la diferenció.

*\*“Era una gripe mucho más agresiva, en el sentido de que los síntomas eran mucho mayores, eran fuertes. Y no había vacuna para ella”. (Ana Santiago).*

Sin embargo, este argumentó es rebatido por uno de los profesionales sanitarios al afirmar que:

*\*“La sintomatología general era igual”. (Francisco Javier Álvarez Guisasola).*

Esta contradicción se agudiza, aún más, en las declaraciones de la ministra de Sanidad. La representante de la institución sanitaria afirma que la gripe A no fue más grave que la común y, asimismo, que sí que lo fue, dentro de la misma entrevista:

*\*“En principio, no mucho más grave que una gripe fuerte”. (Trinidad Jiménez).*

*\*\*"Que fue más grave que una gripe estacional fue lo que todos los expertos coincidieron en señalar". (Trinidad Jiménez).*

Por otro lado los expertos sanitarios también coinciden en su respuesta: la gripe A fue distinta porque sucedió en un **momento atípico**:

*\*\*"La gripe estacional se produce en invierno. Los primeros casos de la gripe A fueron en abril. Y era primavera". (Raúl Ortiz de Lejarazu).*

La gripe A fue precoz tanto en su comienzo como en su pico epidémico, que se produjo en noviembre (según explica también ROL), mientras que en el caso de la gripe común el momento álgido de la enfermedad se suele producir entre diciembre y febrero.

Además, en estos primeros meses de la gripe A fue cuando se produjeron las mayores cifras de fallecimientos. Según, al menos las declaraciones de la ministra de Sanidad:

*\*\*"Estamos hablando de las tres, cuatro o cinco primeras semanas de la enfermedad. Se produjeron muchísimos más casos de fallecimientos que en ningún otro momento de una gripe convencional, de una gripe común". (Trinidad Jiménez).*

Los expertos mencionados coinciden también en subrayar otro aspecto que diferenció ambas enfermedades: el **grupo poblacional** al que pertenecían los pacientes. Esto se debió a que, tal y como señalaba FJG, el virus H1N1 afectó más a la población joven. Cuando las gripes suelen ser más agresivas con la población anciana.

Esta idea fue, no obstante, matizada por ROL quien explicó que lo que cambió la gripe A fue "*el grupo de mortalidad*" y no el de afectados. Es decir que, según sus palabras:

*\*\*"Las personas mayores se infectan menos que los jóvenes, pero mueren más porque tienen más patologías crónicas". (Raúl Ortiz de Lejarazu).*

Y en este caso eso no sucedió:

*\*“Se producían casos graves en personas que tenían entre 17 y 50 o 55 años”. (Raúl Ortiz de Lejarazu).*

El motivo de que esto sucediera fue, según las explicaciones del experto, que el virus H1N1 era nuevo y, por lo tanto, nadie se había podido inmunizar ante él en temporadas anteriores. Como sí que ocurre, por ejemplo, con el de la gripe estacional.

Finalmente, la jefa de prensa de la Consejería de Sanidad, Teresa Zurro, apunto otro aspecto que diferenció la gripe A de la estacional y que no se comenta en ninguna otra entrevista: la **comunicación** que se hizo de una y de la otra.

El darle más cobertura mediática a la gripe A, hizo que pareciera una enfermedad distinta a la que aparece cada año:

*\*“En nuestra Comunidad el virus de otoño-invierno suele dejar unas 600 muertes al año /y la gripe A no llegó a la veintena), la única diferencia es que no comunicamos cada uno de los fallecimientos”. (Teresa Zurro).*

## **Comienzo de la gripe A**

Casi todos los entrevistados coinciden en que la gripe A comenzó en Sudamérica y, más concretamente en **México**. Y que fue, además, en el mes de abril de 2009:

*\*“Empezó con una serie de alertas en Sudamérica” (Iñaki Pagazaurtundúa).*

*\*“Los casos empezaron entorno al 25 o 26 de abril en México”. (Ortiz de Lejarazu).*

*\*“México alarmó porque fueron muchos muertos en poco tiempo” (Teresa Zurro).*

*\*“Llegó vía México. El primer caso que tuvimos en España se produjo en un chico, relativamente joven, que acababa de regresar de México. Esto fue en Almansa y fue el Hospital de Almansa el que nos advirtió de que*

*había un caso sospechosos de gripe A que después se confirmó*". (Trinidad Jiménez).

Y el consejero de Sanidad añade además otro matiz que nos ofrece más información: la epidemia de gripe A surgió a través de los viajeros que se dispersaban por el mundo en **avión**:

*\*"La gripe A llega a España, inicialmente, a través de la vía aérea (...). Y, en este caso, fueron fundamentalmente los aviones que procedían de México".* (Álvarez Guisasola).

No obstante, aunque esta es la tesis más aceptada, hay algunos entrevistados que hablan de la posibilidad de que el origen de la enfermedad esté compartido entre México y **Estados Unidos**:

*\* "El paso de una fase 4, de la fase 3 en la que estábamos por la H5N1 se produjo en México y en California en abril (aproximadamente el 28 de abril)"* (Ortiz de Lejarazu).

*\*"Saltó porque los centros de control de la enfermedad en Estados Unidos dieron la voz de alarma de que había casos aislados de gripe porcina que no eran como los que se conocían hasta el momento. Y a la vez, salta también que el México se habían incrementado los casos de gripe de manera alarmante"* (Maite Perea)

La periodista del gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad hace referencia también en esta frase a otro aspecto clave del origen de la gripe A: su aparición en escena como algo **nuevo**. Era algo distinto a otras enfermedades con las que se la comparaba. Eso se observa en la alusión de Maite Perea a la gripe porcina y, asimismo, en estas otras afirmaciones:

*\*"Esto demostró que algo pasaba y que lo que pasaba era distinto a la gripe aviar"* (Iñaki Pagazaurtundua).

*\*"La Gripe A apareció de manera inesperada, porque estábamos esperando una gripe H5N1, derivada de la aviar, y apareció un virus nuevo"* (Ortiz de Lejarazu).

Por otro lado, hay que señalar también la idea (subrayada por tres de las personas entrevistadas) de que la gripe A surgió porque los **expertos**

**hablaban de ella.** Y, más concretamente, la OMS y los profesionales sanitarios. Es una teoría que sostiene que la nueva gripe era grave y eso originó todo el caudal informativo que vino después.

De este modo, Teresa Zurro explica que inicialmente el miedo surgió tanto de los muertos que se producían en México, como de los avisos de la OMS. Y Maite Perea refuerza esta idea diciendo que tras los primeros contagios, vinieron los medios de la comunicación y la OMS.

Además, la periodista Ana Santiago mantiene que los medios de comunicación se empezaron a interesar por la enfermedad porque los profesionales sanitarios lo hicieron en primer lugar:

*“Un experto me dijo: estate atenta de esto que ya verás cómo en unos meses éste va a ser el tema. (...) A partir de que se empieza a hablar del miedo a que nos llegue la gripe A (que es terrible, terrible, terrible...), empieza a haber jornadas, reuniones, foros, encuentros...”* (Ana Santiago).

La propia ministra de Sanidad reconoce también esta influencia de la OMS al explicar que, el primer caso detectado en España, puede que no fuera el primer caso real. Si no que fue el primero del que se tuvo constancia y que esto se produjo, además, nada más saltar la alarma internacional. Es decir, que existe la posibilidad de que los casos hubieran pasado desapercibidos, como una gripe más, de no ser por el aviso de la OMS:

*“Pero el primer caso detectado, no digo que fuera el primer caso que hubiera en España, el primer caso detectado por la Red Centinela que tenemos activada en España fue el caso de un chico que había viajado a México, sí. Y lo detectamos al día siguiente de declararse la alerta mundial. Si la alerta mundial saltó un viernes, el primer caso que me hicieron llegar al Ministerio fue un sábado”.* (Trinidad Jiménez).

## **Evolución de la enfermedad**

La idea expresada anteriormente por Álvarez Guisasola de que la epidemia de gripe A comenzó a través de los **aviones**, es compartida también

por Maite Perea. Y los dos la consideran también la razón principal de la evolución posterior de la enfermedad y del crecimiento exponencial del número de contagios:

*\*"Todas las pandemias: inicialmente entran por las vías de comunicación. (...) Luego se instauran en el país y comienzan los contagios entre foráneos (...). Se crean focos propios". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Hoy en día es complicado lograr que no se propague el virus porque nos movemos mucho en avión". (Maite Perea).*

Además, Maite Perea señala que la evolución de la gripe A estuvo marcada también por problemas puntuales que establecieron **picos de interés** a lo largo de esta crisis sanitaria:

*\*"Hubo picos de crisis: la primer fallecida, el fallecimiento de Ryan, el tema del cuartel de Hoyo de Manzanares, la visita de los niños... (...) La Estas mini crisis volvían a poner el tema en lo más alto de la agenda informativa" (Maite Perea).*

Por último, Ortiz de Lejarazu indica que lo que más caracterizó a la gripe A fue la **rapidez** con la que fue evolucionando:

*\*"Tuvo una rápida difusión: la fase 4 se produjo en México y en California en abril y, el 11 de junio, sólo dos meses y medio más tarde, estaba declarada la fase 6 que es la alerta pandémica" (Ortiz de Lejarazu).*

Esto pudo deberse al elevado índice de contagio que presentaba la enfermedad:

*\*"Una enfermedad contagiosa. Muy contagiosa". (Trinidad Jiménez).*

*\*"Y después ya hubo dos casos más de personas en Madrid. Y después ya la gripe A se produjo por contagio entre la población española". (Trinidad Jiménez).*



## Los nombres de la enfermedad

Inicialmente, se categorizó a la enfermedad como un nuevo brote de **gripe porcina**:

*“El virus que se detectó estaba hibridado con una parte de gripe aviar y con una parte de gripe porcina. Por eso a la gripe A inicialmente se le llamó ‘gripe porcina’.” (Álvarez Guisasola).*

*“En Internet surgieron dudas como, por ejemplo, si ésta era una gripe porcina”. (Teresa Zurro).*

Esta relación entre ambas enfermedades provocó problemas internacionales, sociales y económicos: Rusia veto los productos cárnicos españoles y los ganaderos protestaron porque esa denominación afectaba a su nivel de ventas. Y esto hizo que, rápidamente, se replantea la cuestión. Así nos lo explica la jefa de prensa de la Consejería de Sanidad:

*“Y, aunque estas dudas se resolvieron rápido y enseguida se quitó el nombre de ‘gripe porcina’ y se bautizó como H1N1, hubo sectores económicos como los ganaderos del porcino que se vieron afectados”. (Teresa Zurro).*

Asimismo, Ortiz de Lejarazu, aporta otra denominación que se dio a la enfermedad: virus California 7/2009. Este nombre se utilizó fundamentalmente en el ámbito científico y profesional y estaba relacionado con el **origen** del virus H1N1:

*“En USA se empezaron a diagnosticar los casos enseguida y se identificó el virus (de hecho el virus se llamó inicialmente California 7/2009, porque en México no fueron capaces de identificarlo)”. (Ortiz de Lejarazu)*

## Síntomas y efectos en la salud

Este es un aspecto al que apenas aludieron las personas entrevistadas. Quizás porque los síntomas, finalmente, fueron muy parecidos a los de la gripe

estacional y, por lo tanto, eran perfectamente conocidos por todos y no eran un aspecto de gran relevancia informativa:

*“Iguales que los de la gripe estacional: fiebre, agotamiento, cansancio...”* (Álvarez Guisasola).

El consejero explica, no obstante, que los síntomas podían variar en los casos más graves:

*“En algunos casos tenía manifestaciones pulmonares, de bronquitis o bronquiolitis”.* (Álvarez Guisasola).

Y, por su parte, su jefa de prensa, minimiza también la importancia de los síntomas de la enfermedad al relacionar la gravedad de los mismos con los índices de mortalidad de la enfermedad:

*“En Castilla y León tuvimos pocas víctimas mortales”.* (Teresa Zurro).

Las únicas personas que contradicen esta versión son la periodista de *El Norte de Castilla*. Ana Santiago sí que considera que los síntomas de la gripe A podían resultar graves:

*“Era una gripe mucho más agresiva, en el sentido de que los síntomas eran mucho mayores, eran fuertes”.* (Ana Santiago).

Y la ministra de Sanidad, que asegura que la enfermedad podía evolucionar de manera mortal:

*“En algunas personas tenía una evolución que podía derivar en neumonía y la neumonía podía derivar en muerte”.* (Trinidad Jiménez).

## **Fin de la gripe A**

Esta pregunta fue respondida desde puntos de vista diferentes según la profesión del entrevistado.

Por un lado los profesionales sanitarios, Álvarez Guisasola y Ortiz de Lejarazu, nos explicaron los **motivos científicos** por los que el virus H1N1 dejó de circular. Nos cuentan cuál fue el fin de la enfermedad propiamente dicha:

*\*\*"Comenzó a remitir, cuando entró la gripe común. Entre los virus hay competencia, pues un virus desplaza a otro". (Álvarez Guisasola)*

*\*\*"Nadie sabe por qué desaparecen los virus de gripe, es un comportamiento normal. (...) Parece que, cuando ya se han contagiado muchos, el virus empieza a tener dificultad para expandirse". (Ortiz de Lejarazu).*

Y aunque sus respuestas difieren en el hecho de que Guisasola centra su teoría en la competencia entre virus y Lejarazu en la dificultad que tiene un virus para expandirse una vez ha contagiado a un porcentaje elevado de la población, los dos coinciden en cuál fue el momento en que finalizó la crisis sanitaria: entre finales de 2009 y comienzos de 2010:

*"Y acabó, ya no lo recuerdo muy bien, pero en los meses de enero o febrero del siguiente año. De todos modos, (...) todavía se detecta el virus de la gripe A. Lo que pasa es que ya no tiene ese carácter pandémico". (Álvarez Guisasola)*

*\*\*"En diciembre de 2009 ya había muy pocos casos por un proceso natural del virus". (Ortiz de Lejarazu).*

Y, por otro lado, están los profesionales de la información. Ellos, ante la pregunta de cuándo acabó la gripe A, responden sobre cuándo terminó la presión informativa sobre esta enfermedad. Sobre cuándo dejó de aparecer en los medios.

Y aquí encontramos una teoría principal: los medios dejaron de interesarse por el virus H1N1 cuando este dejó de producir **fallecimientos**:

*\*\*"Los medios, cuando ven que hay muchos contagios pero que no muere tanta gente, se dan cuenta de que la gripe A no era tan grave como ellos la habían pintado". (Teresa Zurro).*

*\*\*"Acabó cuando dejó de haber víctimas mortales. En cuanto estas cifras empezaron a mostrar estancamiento, la gripe A pasó de ser la primera noticia a ser la segunda, luego la tercera, luego la cuarta... Lo que ocurre siempre, los medios comenzaron a mirar hacia otros asuntos". (Iñaki Pagazaurtundua).*

*\*\*"Yo creo que cuando empezó a dejar de haber fallecidos. Cuando se empezó a detectar que bajaba la incidencia de la enfermedad". (María Sahuquillo).*

Ana Santiago presenta una idea diferente. Ella mantiene que la presión informativa remitió cuando los gabinetes de prensa empezaron a **informar con normalidad** sobre el tema:

*\*\*"En el momento en que la Consejería de Sanidad empezó a facilitar la información sobre los contagios y las muertes, y la tenían todos los medios, perdió un poco de relevancia el tema de si morían más o menos". (Ana Santiago).*

Sin embargo, esta teoría no cuadra con las fechas de la evolución de la pandemia. Ya que los datos normalizados de contagios y fallecimientos se comenzaron a dar en mayo de 2009 y la gripe A protagonizó las informaciones de los medios hasta enero de 2010.

La periodista opina también sobre cuándo se produjo el fin social de la enfermedad. Marcado, según ella, por la llegada de las **vacunas** y la transmisión del mensaje de que gripe A y gripe común eran lo mismo después de todo:

*\* "La presión informativa se redujo cuando se creó la vacuna vacunó ya toda la población. (...) Cuando se empezó ya a traducir que gripe A es gripe común, y que ha sustituido a la otra. Ese mensaje fue el que caló y llenó de normalidad la calle, a los periodistas y todo". (Ana Santiago).*

Por último, las personas con responsabilidades únicamente políticas durante la gestión de la crisis y sin formación en salud pública se mantienen al margen de realizar valoraciones médicas sobre este aspecto de la gripe A. Eso es lo que diferencia las respuestas de los dos gestores entrevistados: Álvarez Guisasola es médico además de consejero, mientras que Trinidad Jiménez no lo es y lo deja claro en sus respuestas:

*\*\*"Insisto, como no soy una profesional de la sanidad (es decir, como no soy médico), no debería hacer nunca una reflexión teórica sobre cómo remitió la enfermedad". (Trinidad Jiménez).*

Por lo que ella se limita a describir lo que observó: que la enfermedad fue remitiendo a lo largo de los meses. Sin especificar la posible causa de que esto sucediera:

*\*"Pero lo que sí sé es que, a medida que fue pasando el tiempo, no sé si hubo algún tipo de mutación en el virus o si desarrollamos los ciudadanos algún tipo de resistencia al mismo, esas cosas suelen ocurrir... que hizo que el grado de agresividad de la actuación del virus descendiera. A medida que iban pasando los meses, los casos de contagio fueron menores (...) Insisto, no sé si es o bien porque se crearon resistencias (por el consumo de medicamentos, por la propia vacunación, por lo que fuera...), o porque el propio virus mutó y fue menos agresivo". (Trinidad Jiménez).*

### **Crisis sanitarias en los últimos años**

Las crisis sanitarias son frecuentes. Es decir, que los temas sanitarios preocupan a la población y, cualquier problema relacionado con la salud, acapara la atención tanto de la población como de los medios.

Y, por lo tanto, en los últimos años ha habido varios temas sanitarios que han ocupado muchas páginas en los periódicos. Sin embargo hay una crisis sanitaria que destaca por encima de todas las demás en el discurso de los entrevistados: el llamado 'mal de las **vacas locas**'.

*\*"El rebrote de la crisis de las vacas locas". (Maite Perea)*

*\*"He vivido dos grandes crisis: la comunicación de dos muertes por la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob o 'mal de las vacas locas' y, después, la gripe A". (Teresa Zurro).*

*\*"Yo solamente he vivido la crisis sanitaria de la gripe A. No he vivido otras anteriores como pudieron ser las vacas locas". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*\*"Las vacas locas y la gripe A". (Iñaki Pagazaurtundua).*

*\*"Las vacas locas, todo el tema también de esa enfermedad". (Ana Santiago).*

*\*\*"Ha habido otras crisis sanitarias: la crisis de las vacas locas (...) Ha habido crisis sanitarias". (Trinidad Jiménez).*

Por supuesto, los entrevistados también mencionan otros problemas de salud que requirieron la activación de las medidas de comunicación de crisis. Especialmente el consejero Álvarez Guisasola, quién no menciona en ningún momento la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y se centra, en cambio, en destacar la relevancia que tuvieron la **gripe aviar**, o los problemas derivados de algunas **vacunas**:

*\*\*"Hemos tenido problemas con la Vacuna del Papiloma Humano (VPH) por unas niñas que eran histéricas en Valencia". (Álvarez Guisasola).*

*\*\*"Ha habido problemas con la vacuna en Córdoba en una epidemia de sarampión, que afectó a 200 casos, porque ahora hay una asociación de gente que se niega a vacunar a sus hijos". (Álvarez Guisasola).*

Y Trinidad Jiménez hace también alusión a la crisis del **aceite de colza**:

*\*\*"Ha habido otras crisis sanitarias: (...) o la crisis del aceite de colza... Ha habido crisis sanitarias". (Trinidad Jiménez).*

Pero podemos observar que estas alusiones son a casos puntuales. Que generaron interés pero que no se alargaron en el tiempo. Ocuparon la atención de los medios de comunicación en un momento temporal muy concreto y no durante meses, como sí que ocurrió con las vacas locas o la gripe A.

Esta idea la explica la periodista Ana Santiago con las siguientes palabras:

*\*\*"Y supongo que ha habido cosas más puntuales. Pero muy puntuales. Hubo también un brote de paperas en un momento dado. Pero era una cosa de un mes o de dos, sin llegar a generar ningún tipo de alarma. Eso sí que hay, de vez en cuando. Un repunte de algo que, durante una o dos semanas, parece el tema del siglo y luego desaparece porque no tiene mayor alcance". (Ana Santiago).*

### **5.2.2 Alarma social**

#### **Justificación de la alarma social**

Ante este tema encontramos suficientes diferencias entre las respuestas de los entrevistados como para no poder obtener una conclusión definitiva.

No obstante, la postura más defendida fue el '**no**'. Es decir, la idea de que se generó una alarma social exagerada que no estaba basada en evidencias reales de peligro. Esto lo mantienen tanto el consejero de Sanidad de Castilla y León, como las dos jefas de prensa de los gabinetes analizados:

*""Yo creo que no estuvo nunca justificada". (Álvarez Guisasola).*

*""La alarma no estaba justificada. La gripe estacional produce más fallecimientos que la gripe A (tanto en el país como en Castilla y León)". (Teresa Zurro).*

*""A toro pasado... pues sí se exageró, pero es ahora cuando podemos decirlo". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

La jefa de prensa del Ministerio de Sanidad, aportó aquí un matiz que se repetirá también en otras respuestas a lo largo de las entrevistas: muchas de las decisiones que se tomaron en torno a la gripe A, se hicieron para prevenir males mayores cuando aún no se sabía el alcance de la enfermedad:

*""No es lo mismo contestar a esto ahora que en el momento en que sucedió. Había que actuar según la información que se tenía en ese momento". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

En el extremo opuesto estaban las periodistas Maite Perea (del Ministerio de Sanidad) y Ana Santiago (de *El Norte de Castilla*). Y también la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez que, con sus respuestas, contradice en parte las declaraciones de su propia jefa de prensa. Ellas consideran que **sí** había motivos de alarma:

*""En los primeros momentos no se tienen los datos para decir que no va a pasar nada, al contrario. Los virus agresivos de la gripe pueden provocar muchas muertes". (Maite Perea).*

*\*"Realmente había elementos, yo creo, que sí que lo justificaban". (Ana Santiago).*

*\*"Al principio el virus pudo mutar, o después pudimos desarrollar algún tipo de inmunidad o lo que fuera... Pero, inicialmente, desde luego cuando la OMS lanza la alerta mundial, es porque se estaban produciendo muchos más casos de fallecimientos. (...) En algunas personas se producía un grave riesgo para su vida si estaban contagiadas de la gripe A y no recibían un tratamiento". (Trinidad Jiménez).*

Y por último hay personas que, aún desde la distancia del tiempo, siguen sin querer dar una respuesta definitiva a esta pregunta. Las dudas sobre si la alarma social fue o no excesiva:

*\*"Yo pienso que nunca podremos decir si estaba justificada o no" (María Sahuquillo).*

*\*"Cuando me preguntas ¿la gripe pandémica era más virulenta?, entiendes ahora que te responda 'sí y no'. Tenía una virulencia distinta". (Ortiz de Lejarazu).*

Los medios de comunicación recibieron muchas acusaciones, en los meses posteriores al fin de la pandemia, de haber exagerado la gripe A y haber asustado a la población. Y los periodistas tuvieron que defender su trabajo. Al igual que hacen, en estas respuestas, las dos periodistas de medios entrevistadas.

## **Motivos de alarma**

Hay diversos motivos que hicieron que la gripe A generara tanta alarma social. Pero están muy bien definidos, ya que existe bastante consenso entre los entrevistados sobre cuáles fueron las razones principales que hicieron que esta enfermedad asustara especialmente a la población.

El primero, como en cualquier crisis sanitaria, fueron las **víctimas mortales**. Un problema de salud que origina la muerte en los pacientes que los contraen (aunque sólo sea en un mínimo porcentaje de ellos) multiplica el



terror. Esto es algo que queda claro en esta respuesta directa del el periodista de la Consejería de Sanidad:

*“Lo que generó la alarma fueron los muertos”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“Hubo muchos casos de fallecimientos inicialmente. Aunque, insisto, no fue el caso de España; pero en otros países sí”. (Trinidad Jiménez).*

Además, en este caso las muertes que se produjeron tenían unas características especiales que las hacían más terroríficas. El H1N1 no mataba a todo el mundo que se contagiaba, afectaba sobre todo a la **población más joven**:

*“Se vio que no moría gente mayor y que estaba atacando a gente joven”. (Teresa Zurro).*

*“No es lo mismo que se muera una persona que tiene 95 años, a que se muera un joven de 25”. (Ortiz de Lejarazu).*

*“Nosotros en el Ministerio de Sanidad recibíamos la información sobre: que esta gripe era diferente, que era una gripe que afectaba a los jóvenes”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

A esto hay que añadirle el hecho de que en España hubo ciertas muertes que causaron una especial preocupación entre la población por ser inesperadas, **personalizadas** y tener detrás historias reales. Las muertes no se asimilan igual si no son sólo cifras frías y llevan detrás nombres y apellidos:

*“Hubo unas muertes muy repentinas (como aquella muerte en Madrid de una mujer que acababa de dar a luz u otras de niños), que provocaron mucha desazón”. (Teresa Zurro).*

A todo lo señalado, debemos sumar el hecho (en el que también coinciden varios de los entrevistados) de que el **comienzo de la crisis sanitaria** no se gestionó de manera adecuada. Las primeras informaciones que llegaron a España sobre la gripe A subrayaban el hecho de que el virus había producido muchas muertes en México. Lo que no ayudó precisamente a generar calma frente a la enfermedad que se había originado en América:

*“En el inicio las cosas no se enfocaron bien a nivel mundial. Los primeros datos que aparecen de la pandemia de gripe son en México y allí contabilizaron los muertos y no la incidencia, con lo cual daba la impresión de que tenía una gran mortandad. Posteriormente Estados Unidos dio también casos de muertes sin correlacionarlos con la incidencia”. (Álvarez Guisasola).*

*“Y, a la vez, salta también que en México se habían incrementado los casos de gripe de manera alarmante”. (Maite Perea).*

*“Cuando la gripe A llegó a España, generó miedo porque (...) México alarmó porque fueron muchos muertos en poco tiempo”. (Teresa Zurro).*

*“Lo que causó la alarma fue que las primeras informaciones que llegaban de México y de algún otro país americano hablaban de muertos”. (María Sahuquillo).*

Otra característica que asustó a la población fue la **rapidez de su expansión**. Nadie se libraba de estar en peligro, ni el primer mundo ni el último:

*“Era una gripe que se extendía muy fácilmente y que era muy contagiosa”. (Álvarez Guisasola).*

*“Fue una crisis muy amplia geográficamente”. (María Sahuquillo).*

*“El altísimo nivel de contagio. Es decir, que en unas horas había un enorme contagio en la población”. (Trinidad Jiménez).*

Y esto hizo que los ciudadanos lo vieran como algo **cercano**. Algo que les afectaba directamente y que iba a influir en su vida diaria. Las crisis cuanto más cerca están, más alarma causa:

*“Cuando empezaron los contagios en España, se veía como algo muy cercano. Ya no estaba en México, estaba aquí”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“Llegaba a España, no se quedaba en algún país subdesarrollado. Lo teníamos al lado de casa”. (Ana Santiago).*

La gripe A tenía una peculiaridad especial que incrementó la alarma, especialmente, entre las autoridades sanitarias: **el virus H1N1 era nuevo** y,

por lo tanto **no había antecedentes** para saber qué medidas tomar y cuál era la mejor manera de actuar. Esto hizo que muchas de las acciones realizadas fueran exageradas, llegaran a destiempo o no tuvieran buena aceptación entre la población... Se actuaba siguiendo a base de ensayos y corrección de errores. Y los ciudadanos lo notaban y se sentían inseguros. Y, por eso, fue un motivo destacado por varios de los entrevistados:

*\*"La incertidumbre que provoca la falta de datos". (Maite Perea).*

*\*"Como no sabíamos con qué estábamos tratando, se abordó el tema de una forma radical aislando a los primeros afectados, etc. Y eso asustó a la gente". (María Sahuquillo).*

*\*"Era una gripe mucho más agresiva, en el sentido de que los síntomas eran mucho mayores, eran fuertes. Y no había vacuna para ella. (...) Se identificaba con que pudiera venir un cambio para el que la población no estaba preparada". (Ana Santiago).*

*\*"Se tomaron medidas especiales: habitaciones de presión negativa, red del 112 para atender casos... A la vez que te sientes protegido, sientes la sensación de que hay más alarma, porque se han creado estos". (Ana Santiago).*

*\*"En un primer caso, como no se conocía el virus y el virus se manifestó con mucha agresividad y no se conocía como podía evolucionar, pues algunas personas (que no fueron tratadas de manera adecuada) fueron las que fallecieron". (Trinidad Jiménez).*

Esta inseguridad hizo que se buscaran referentes. Alguna otra epidemia con la que pudiéramos comparar la presente y adivinar qué podía pasar. Pero esto, en lugar de tranquilizar, alarmó aún más. El motivo fue que las enfermedades que se eligieron para esa **comparación** eran todas graves y había originado muchos muertos: gripe aviar, gripe española...

*\*"La alta mortalidad de la gripe aviar hizo pensar que la gripe A pudiera tener la misma". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Miedo a otras epidemias, como la gripe española". (Ana Santiago).*

Asimismo, hay que señalar que la mitad de los entrevistados señalaron también, de manera directa, a los **medios de comunicación** como uno de los principales motivos de la alarma social generada. Y, además, fueron personas de todos los sectores: Maite Perea y Teresa Zurro desde los gabinetes de prensa, Ortiz de Lejarazu desde los profesionales sanitarios e, incluso, Ana Santiago desde dentro de los propios medios de comunicación.

Los principales errores que señalan giran en torno a dos temas claros. Por un lado, el exceso de información que facilitaron:

*“Todos los días salían informaciones de la gripe. Tú no puedes decir ‘tranquilidad’ cuando hay diez páginas en un periódico dedicadas a la gripe”.* (Maite Perea).

*“Los medios generaron una alarma desbordada, exagerada. Porque parece que no hay otra cosa en la vida”.* (Ana Santiago).

Y, por otro lado, la falta de objetividad. Se acusó a los medios de entrevistar a personas no cualificadas y dar mayor prioridad a las historias sensacionalistas y generadoras de sentimientos, que a las científicamente correctas. Llegando, incluso, a forzar y dirigir las informaciones a través de las preguntas:

*“Un medio de comunicación que empieza a entrevistar a la gente de la calle, crea alarma. La gente de la calle no tiene por qué saber de qué va la historia. (...) Se hizo un tratamiento sensacionalista de un tema sensible”.* (Maite Perea).

*“Hubo medios que siguieron a algunas fuentes poco fiables y sí que alarmaron y mucho. Había además medios escritos que realizaron terrorismo puro a través de los titulares”.* (Teresa Zurro).

*“Los titulares de periódicos del estilo: ‘en Navarra fallece una niña de 14 años’ o ‘en el País Vasco fallecen dos personas de 37 y 52 años sin patología previa’.”* (Ortiz de Lejarazu).

*“Uno de los grandes errores fue que cada vez que se hablaba con un experto sobre el tema, el periodista le preguntaba por la mortalidad. Cuando se pregunta algo repetidas veces, parece como si tuviera que*

*haber algo cierto. La reiteración de una pregunta hace que se justifique”.* (Ortiz de Lejarazu).

Finalmente, hay que señalar que la mitad de los entrevistados mencionan a la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** al hablar de los motivos que generaron alarma social. Refiriéndose, sobre todo, al tono y al contenido de los mensajes que transmitió. Estos son algunos ejemplos:

*”Era una gripe sobre la que la OMS (que tuvo mucho que ver con la alarma) dio unas señales muy claras de temor...”.* (M<sup>a</sup> Jesús García).

*”La OMS puso unos matices de alarma que fueron malinterpretado por la comunidad médica de los países desarrollados”.* (Álvarez Guisasola).

### **Factores de riesgo presentados por los afectados de la enfermedad**

Al igual que sucedió con el apartado de ‘síntomas’, este es un aspecto al que apenas aludieron las personas entrevistadas. Quizás porque, una vez más, no presentaban una diferencia clara en la comparación de la gripe A con la gripe estacional. No eran un **elemento distintivo** de la nueva enfermedad:

*”En personas que tenían algún factor de riesgo como cardiópatas, personas con neumonía, ancianos, personas con problemas respiratorios... era más grave, ¡pero eso ocurre también en la gripe estacional!”. (Álvarez Guisasola).*

*”Casi todos los que murieron, con pequeñas excepciones, tenían patologías previas. Eran personas a las que una gripe otoñal normal también les podía haber matado”.* (Maite Perea).

La única persona que introduce un matiz diferente al habla de los factores de riesgo es la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez. Ella señala los mismos factores de riesgo que sus compañeros entrevistados (enfermedades respiratorias, personas mayores...), pero no utiliza este argumento para **restar gravedad** a la gripe A. Sino que lo utiliza para apoyar la idea de que fallecieron muchas personas por esta enfermedad y señalar que efectivamente alguna de estas víctimas padecían factores de riesgo, pero que otras no. Por lo que **descarta este factor** como la única razón de las muertes del virus H1N1:

*\*\*"Esas personas podía coincidir que fueran personas de riesgo. Es decir, personas que tuvieran patologías asociadas, mujeres embarazadas, personas mayores, personas que tenían algún otro tipo de enfermedad y, sobre todo, enfermedades respiratorias... Pero también se dieron algunos casos, en el inicio de la gripe A, de personas completamente sanas que se vieron afectadas por el virus y que el virus les produjo una neumonía y la neumonía les produjo la muerte". (Trinidad Jiménez).*

### **Papel desempeñado por el entrevistado en la alarma social**

A pesar de que todos los entrevistados reconocen que hubo una alarma social en torno a la gripe A y que, además, tres de ellos dicen que estuvo justificada y otros dos aseguran que no pueden ni afirmar ni negar que lo estuviera, todos ellos afirman que **no contribuyeron** a su creación.

La mayoría de ellos, en defensa cada uno de su ámbito de actuación, argumentan que trataron de transmitir en todo momento mensajes de tranquilidad:

*\*\*"El mensaje, desde el primer momento y que se repitió en todas las apariciones y en todas las notas de prensa, era por supuesto tranquilizador". (Maite Perea).*

*\*\*"Sobre todo el objetivo era tranquilizar y explicar lo que era esta gripe". (Iñaki Pagazaurtdua).*

*\*\*"Yo no sé si todos los medios. Pero nosotros sí que intentamos evitar el causar alarma". (María Sahuquillo).*

*\*\*"En las reuniones salían las palabras 'no crear alarma'. No pasarse con el tema". (Ana Santiago).*

*\*\*"Yo, desde el primer momento, intenté no confundir alertas con alarmas. Estos dos conceptos los vi muchas veces confundidos en las publicaciones. El paso a las distintas fases de la OMS en la gripe A se hacía con alertas, no alarmas. Si metes el término 'alarma' en una conversación, hace que la persona que lo oye piense que se está enfrentando a un problema tremendo". (Ortiz de Lejarazu).*

*\*"Bueno, lo que pasa es que en todas las crisis de salud pública hay un componente muy humano, que es el miedo. (...) Pero nosotros, como autoridades sanitarias, primero tenemos que estar a lo que dijeran las autoridades sanitarias a nivel internacional. Y, en segundo lugar, había que transmitir tranquilidad a la población". (Trinidad Jiménez).*

La responsable nacional de Sanidad llega incluso a presentar argumentos concretos que justifican la afirmación de su ministerio no contribuyó a la creación de alarma. Explica que ellos crearon tranquilidad de tres maneras: no tomando medidas grandilocuentes ni alarmantes, dando información y asegurando la accesibilidad de los tratamientos:

*\*"¿Cómo se consigue transmitir seguridad a la población y evitar el pánico? Es decir, nosotros nunca cerramos estadios de fútbol, ni cines, ni lugares públicos, ni evitamos concentraciones, no cerramos colegios... Nada de todo esto. (...) Nosotros, con mucha información, con mucha pedagogía y, sobre todo, dando la tranquilidad a todos los ciudadanos de que cualquier persona que tuviera la enfermedad o que estuviera en contacto con el virus, iba a disponer de todos los instrumentos necesarios para combatirlo". (Trinidad Jiménez).*

Algunos entrevistados mantienen, no obstante, una postura más neutral. Y, aunque no reconocen haber causado alarma en ningún momento, tampoco lo niegan categóricamente. Transmiten simplemente la idea de que se intentó ser objetivo, con la información que había disponible en cada momento:

*\*"No intentábamos ni alertar ni tranquilizar, sino contar la situación como era". (Álvarez Guisasola).*

*\*"No se alarmó, sino que se actuó con lo que se sabía en ese momento". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

### **5.2.3 Prevención**

#### **Medidas de prevención frente al contagio y actuación de las instituciones sanitarias**

Una de las medidas de prevención más importantes fue el desarrollo de **campañas publicitarias** sobre consejos para evitar el contagio y saber actuar frente a la gripe A. Estas campañas pagadas se llevaron a cabo tanto en diversos medios de comunicación, como a través de carteles o folletos informativos que se repartían, fundamentalmente, en puntos de concentración de población como centros de salud, hospitales, colegios o empresas.

La relevancia de esta medida ha sido destacada por varios de los entrevistados como Álvarez Guisasola, Maite Perea o Teresa Zurro. Esta última lo explica del siguiente modo:

*“Gracias a esa información que nos llegaba de otras zonas del mundo se sabe, por ejemplo, que esta gripe afecta mucho a niños y por eso se trabaja en educación con una serie de planes, con publicidad y cartelería sobre medidas de prevención, sobre cómo lavarse las manos por ejemplo.”* (Teresa Zurro).

Ella señala, asimismo, que estas medidas publicitarias se completan con otras como **explicaciones** directas a los responsables de la educación de los niños:

*“Con acciones para los padres y madres, para los directivos de los colegios...”* (Teresa Zurro).

Y todas estas campañas divulgativas eran apoyadas desde los medios de comunicación, tal y como dice Ana Santiago:

*“Apoyábamos a las consejerías de Sanidad y a Salud Pública en la divulgación de campañas”.* (Ana Santiago).

Aunque, por supuesto, hay que tener en cuenta también que los anuncios que se publicaron en los periódicos se cobraban por parte de estos.



En estas campañas publicitarias se insistía, entre otras cosas, en la importancia de lavarse las manos y, en general, de mantener las medidas de higiene básicas. Este aspecto preventivo fue básico para frenar la expansión del virus H1N1 y así lo destacaba la ministra de Sanidad:

*“Le va a parecer una tontería, pero el hecho de que todas las personas adquirieran hábitos que tienen que ver con la higiene personal, disminuyó mucho la posibilidad de contagio y el riesgo del contagio. Lavarse las manos, ese gesto también es muy importante en los hospitales, se evita un nivel altísimo de enfermedades solamente con ese pequeño gesto cotidiano”. (Trinidad Jiménez).*

La jefa de prensa de la Consejería de Sanidad nombra también el diseño y aplicación de **planes de actuación** especialmente creados para esta enfermedad. Y su consejero, Álvarez Guisasola, profundiza un poco más en la explicación de esta medida preventiva:

*“En el mes de agosto establecimos un plan de actuación (...). Y era un plan que tenía varias fases: una fase de prevención, otra de atención a los enfermos...”. (Álvarez Guisasola).*

En el ámbito nacional, el **plan de actuación** del Ministerio de Sanidad frente a esta crisis pasó, sobre todo, por la creación de un centro de alerta en el que centralizar toda la información existente de la enfermedad:

*“Desde el Ministerio lo que hicimos fue, el reglamento sanitario internacional nos obligaba, pero pusimos en marcha un centro de alerta para tratar emergencias sanitarias”. (Trinidad Jiménez).*

La gripe A tuvo una ventaja para el gobierno español: ya llevaba meses circulando por el hemisferio sur, por lo que se contaba con cierta información sobre la enfermedad que podía ser de gran utilidad para enfrentarla. De ahí, que **centralización de la información** procedente tanto de la OMS como de otros países fuera, asimismo, una importante medida de prevención:

*“Y en ese centro, primero, se centralizaba toda la información que había sobre la gripe A a nivel internacional. Es decir, sabíamos lo que estaba pasando en Estados Unidos, en Bruselas, en los centros donde se*

*recogía toda la información, cuáles eran las recomendaciones que se estaban haciendo a todos los países, etcétera". (Trinidad Jiménez).*

Otra medida de prevención que se tomó, de carácter más gubernamental, fue la de extremar las precauciones en la **vigilancia** y manejo de los casos sospechosos y de los contagiados. Ya que, tal y como explica, el microbiólogo Ortiz de Lejarazu, la vigilancia es un aspecto muy relevante en la gestión de crisis sanitarias:

*\*"La clave más que la prevención, fue la vigilancia. Porque estar informado siempre es un valor añadido en todo". (Ortiz de Lejarazu).*

Y, por eso, se llevaron a cabo **medidas de aislamiento** que nos explica la responsable de comunicación de la Consejería de Sanidad de Castilla y León con las siguientes palabras:

*\*"Primero se detectaba un supuesto contagio, se tomaban muestras y se llevaban al Instituto Carlos III de Majadahonda y, en sus laboratorios, se analizaban para ver si se trataba de un caso del famoso virus H1N1. Mientras tanto, tenías al paciente aislado en casa o en el hospital o en la UVI, depende de la gravedad de los síntomas. Y, si se confirmaba, se le ponía el tratamiento". (Teresa Zurro).*

Además, se muestra también cierto consenso a la hora de establecer cuál era la finalidad de todas estas medidas preventivas: dar **mensajes de servicio**, que fueran de utilidad para los ciudadanos.

Esto se observa tanto en las declaraciones de los gabinetes de prensa, como de los medios de comunicación (al menos en el caso de los dos regionales). Por lo que se puede decir que compartían ese objetivo final. Estas son las palabras de sus periodistas:

*\*"Dar mensajes de servicio: cómo se transmitía, cómo no se transmitía, medidas de prevención" (Iñaki Pagazaurtundua).*

*\*"Mensajes de servicio: cómo prevenir, campañas de divulgación (por ejemplo, sobre la necesidad de ponerse dos vacunas: la de la gripe común y la de la gripe A...)". (Ana Santiago).*

En el análisis de las entrevistas realizadas observamos que el tema de las medidas de prevención es abordado, con mucho más detalle e información, por parte de los responsables del Gobierno regional, que de los del Ejecutivo Nacional.

Sin embargo, la periodista del Ministerio de Sanidad menciona un aspecto que no destaca ningún otro de los entrevistados en relación con las medidas preventivas:

*\*"Creamos un apartado de información específico en la página web".*  
(Maite Perea).

Acción que, aunque también se llevó a cabo en la página web del Sistema de Salud de Castilla y León, no fue destacada por ninguno de sus representantes.

### **Valoración de las medidas de prevención tomadas por las instituciones sanitarias**

Todos los entrevistados coinciden en que **sí** que se tomaron las medidas adecuadas en relación con la prevención de la gripe A.

Y algunos de ellos lo afirman de manera categórica, como se observa en la calificación que Álvarez Guisasola y Ortiz de Lejarazu realizan del plan de actuación que establecieron desde la Consejería de Sanidad de Castilla y León:

*\*"Yo creo que funcionó muy bien y que nos adelantamos a los acontecimientos."* (Álvarez Guisasola).

*\*"La Junta de Castilla y León yo creo que hizo una magnífica labor".*  
(Ortiz de Lejarazu).

Guisasola ahonda aún más en esta tesis y explica que las medidas tomadas no sólo fueron buenas en el ámbito autonómico, sino también en el nacional. Dice que en España se hizo lo correcto por dos motivos fundamentales: se evitó la **expansión** excesiva del virus y se protegió a los ciudadanos más **débiles**.

*\*\*"La gripe A en España fue una gripe leve, pero no nos olvidemos de que en otros países no fue así. Así que yo creo que los planes que se estructuraron en España evitaron una mayor extensión de la gripe y, sobre todo, evitaron que afectara de manera importante a los grupos de riesgo". (Álvarez Guisasola).*

Tesis apoyada, a su vez, por la Ministra de Sanidad que explica que ese freno de la enfermedad, del que habla Guisasola, se logró gracias a un óptimo funcionamiento del **Sistema Nacional de Salud** y de sus servicios epidemiológicos:

*\*\*"Por lo tanto, ¿qué diferenció a España del resto de los países? En primer lugar, un buen Sistema Nacional de Salud que permitía un fácil acceso; en segundo lugar, una red de vigilancia epidemiológica que permitía detectar los casos (...)"*. (Trinidad Jiménez).

La responsable del ministerio indica también que las medidas tomadas desde el punto de vista comunicativo fueron, asimismo, las adecuadas. Permitiendo que el gobierno estuviera, en todo momento, en contacto tanto con los ciudadanos, como con los profesionales sanitarios. Esto fue clave a la hora de poner en marcha y generalizar las medidas de prevención:

*\*\*"(...) y, en tercer lugar, una buena política de comunicación hacia toda la ciudadanía en general (pero, sobre todo, hacía los profesionales de la salud)... Y eso permitió que la situación estuviera, sobre todo inicialmente que era cuando había más miedo, controlada. Ofrecimos confianza".* (Trinidad Jiménez).

Sin embargo, aunque todos los implicados coinciden en afirmar que se tomaron las acciones preventivas adecuadas, la mayoría de ellos incluye en sus respuestas una justificación ante las acusaciones que surgieron, tras el fin de la pandemia, de que las **medidas fueron exageradas**.

No obstante, el motivo presentado para que se tomaran esas medidas y no otras es el mismo en todos los casos: ante una enfermedad desconocida es mejor pasarse en prevención que quedarse corto.

*\*"En un primer momento hay que poner todo en marcha para intentar paliar el mal mayor. Si en un momento dado se produce el mal mayor, tú tienes que tener capacidad de reacción". (Maite Perea).*

*\*"La sanidad tiene la obligación de prevenir, y el Ministerio y las consejerías tenían que prevenir para evitar tener consecuencias mucho más graves. Por eso se creaba un plan, aunque la gravedad no fuera tanta. La administración tomó sus medidas de prevención (para una posible gravedad), porque si no se previene es cuando sí que se puede provocar una crisis grave que no se pueda solucionar". (Teresa Zurro).*

*\*"¿Y si hubiera sido más grave y no hubieran actuado así? A lo mejor ahora les estaríamos diciendo que no actuaron bien porque no aislaron a los afectados. Que se actúe de manera preventiva, aunque luego no esté justificado; es mejor que el que no se actúe y luego haya que actuar. Que eso sí que se lo habríamos recriminado". (María Sahuquillo).*

*\*"Aquí se criticó muy duramente la inversión que se había hecho en esas medidas (en gasto en antivirales, por ejemplo). Y, bueno, luego se trató a menos pacientes de los que se esperaban pero ¿qué hubiera pasado si faltan tratamientos?". (Ortiz de Lejarazu).*

## **5.2.4 Protocolos de actuación institucionales**

### **Planes de actuación establecidos por las instituciones sanitarias durante la gripe A**

Los planes de actuación son un aspecto de la crisis sanitaria del que hablaron, sobre todo, los gestores y periodistas de los **órganos ejecutivos**. Más que los periodistas de medios de comunicación o los expertos sanitarios.

Esto es lógico ya que eran ellos los que diseñaron los mencionados planes o los responsables de su venta, es decir, de hacer llegar su utilidad y necesidad a los ciudadanos.

Además, los entrevistados destacan diversos puntos favorables que tuvieron estos planes de actuación y apenas muestran actitud crítica frente a ellos. Estos son algunos de esos aspectos positivos:

1. **Los planes se crearon de manera rápida.** Nada más surgir el problema, se comenzó a trabajar para solucionarlo:

*\*"El mismo día en que la OMS habla de una nueva cepa de la gripe, se reúne la Comisión de Salud Pública del Ministerio, se ponen en marcha los mecanismos de información al sistema sanitario y se empiezan a tomar medidas". (Maite Perea).*

*\*"Cuando saltó la gripe aviar en Asia se temió que pudiera llegar a Europa y entonces se empezó a elaborar, tanto por parte del Ministerio como de cada una de las comunidades autónomas, un plan de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe". (Teresa Zurro).*

*\*"En el momento que surgió decidimos una estrategia (que se fue modificando en función de los acontecimientos)". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Esta rapidez en la reacción se refuerza, asimismo, con el testimonio de dos de las entrevistadas que demuestran que se tomaron las medidas de crisis de forma inmediata sin importar, incluso, que la alerta surgiera en un **día festivo**. Esto es algo en lo que coinciden tanto fuentes de los gabinetes de prensa, como de los medios de comunicación. Lo que aporta credibilidad a esta afirmación:

*“Cuando se decreta la llegada del virus a Castilla y León hay una reunión, un domingo por la noche (...). Se comienza a trabajar en un plan de acción y comunicación”. (Teresa Zurro).*

*“La primera rueda de prensa del Ministerio (no me acuerdo si fue un sábado o un domingo) fue porque se habían detectado los primeros enfermos en España. Nos fueron llamando del Ministerio de Sanidad al móvil a todos los periodistas, uno por uno, para convocarnos porque era un día festivo y no estaba previsto”. (María Sahuquillo).*

2. **Los planes se crearon formando un equipo de expertos** que actuó de manera coordinada. Las decisiones se tomaron teniendo en cuenta las opiniones de representantes de todos los sectores implicados en la gestión de la crisis o con conocimientos científicos sobre el nuevo virus:

*“El plan nuestro recayó fundamentalmente en las direcciones generales de Salud Pública y Asistencia Sanitaria, pero también contribuyeron otras y hubo una gran coordinación entre todos los niveles (la gerencia de atención especializada, la gerencia de atención primaria...)”. (Álvarez Guisasola).*

*“Hay una reunión, un domingo por la noche, a la que acude el consejero, el gerente regional, el director de Salud Pública, el departamento de comunicación y el Servicio de Planificación”. (Teresa Zurro).*

*“Ese mismo día, además, se reúne la Comisión de Salud Pública del Ministerio, del Sistema Nacional de Salud (en la que hay representantes nacionales y de todas las comunidades autónomas), se ponen en marcha los mecanismos de información al sistema sanitario y se empiezan a tomar medidas”. (Maite Perea).*

*“La Junta de Castilla y León nombró un comité asesor y de seguimiento de la pandemia, con un coordinador clínico. Y redactó, con los Servicios de Epidemiología y de Atención, unas normas de actuación ante casos sospechosos de gripe”. (Ortiz de Lejarazu).*

3. **Los planes se crearon basados en planes anteriores**, ya existentes, que habían demostrado eficacia. Se tomaron modelos útiles en otras crisis (gripe aviar, gripe estacional...) y, sobre esa base, se fueron construyendo los planes específicos frente a la gripe A:

*“En el caso de la gripe A existe un ‘Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Gripe’ que es específico. Porque a raíz del problema que hubo con la gripe aviar, la UE se puso a trabajar muy seriamente en este elemento de coordinación y de respuesta a una crisis producida por la gripe y todos los gobiernos elaboraron su plan de crisis (entre ellos España)”. (Maite Perea).*

*“En cuanto la gripe A va subiendo de nivel, se va aplicando ese plan de la gripe aviar. Por lo que España y Europa ya estaban preparadas.” (Teresa Zurro).*

Hay que señalar, no obstante, que todos los planes mencionados se crearon ante problemas sanitarios concretos. A pesar de que la situación ideal es que las entidades sanitarias dispongan de un **plan genérico de crisis** (al que poder recurrir nada más surgir un problema de salud), este es uno de los puntos en los que más divergencias encontramos entre los entrevistados.

La administración sanitaria de Castilla y León no contaba con un plan genérico, mientras que el Ministerio de Sanidad sí que disponía de uno. O, al menos, eso se infiere de estas frases pronunciadas por los periodistas de ambos gabinetes de prensa:

*“En el Ministerio de Sanidad teníamos un plan de comunicación que incluía un plan general de crisis”. (Maite Perea).*

*“No hay un plan de crisis genérico”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

Sin embargo, aquí encontramos una de las pocas **contradicciones** producidas entre miembros de un mismo equipo. Ya que, mientras que Maite Perea asegura que sí que existía un plan de comunicación de crisis, su jefa de prensa (M<sup>a</sup> Jesús García) lo niega:



*\*\*"No había un plan previo para la comunicación. Lo que sí que había era un protocolo sanitario, todo estaba muy medido en los hospitales, en las empresas..." (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Por último hay que indicar que, además de estas valoraciones generales sobre los planes de actuación, alguno de los entrevistados, detallan en su exposición algunas de las medidas que incluían los mismos.

Ortiz de Lejarazu explica, por ejemplo, cuál era el papel del Laboratorio Nacional de la Gripe dentro de estos protocolos:

*\*\*"Se obtenían muestras de las personas 'sospechosas' y se mandaban a diagnosticar a los laboratorios. El laboratorio en el que yo trabajo se reforzó con cuatro personas, un médico y se hicieron unas dotaciones materiales. Se daban resultados en menos de 24 horas". (Ortiz de Lejarazu).*

Por su parte, Maite Perea, Teresa Zurro, Álvarez Guisasola y Trinidad Jiménez también desgranar algunas de las acciones que se incluyeron en los mencionados documentos:

*\*\*"La primera fueron los aeropuertos y, luego, todas las medidas necesarias para controlar que no se extienda el virus. (...) Se estableció transmitir cómo era el mecanismo de confirmación de las pruebas: qué era caso sospechoso, confirmado, el laboratorio de referencia en...etc". (Maite Perea).*

*\*\*"Distribuimos las actuaciones por ámbitos de actuación: educación, sanidad, trabajo o ámbito de familia. Ejemplos: estudios de absentismo escolar, Consejería de Empleo: plan para informar a los trabajadores. Familia: plan para informar a los responsables de geriátricos, centros de discapacidad y guarderías". (Teresa Zurro).*

*\*\*"Pusimos todo el sistema en tensión: con lugares especiales para aislar los posibles casos de contagio de gripe A, repartimos determinado material sanitario para que todos los profesionales se pudieran proteger, identificamos a las personas que podían ser grupo de riesgo para que tuvieran un especial cuidado e informamos a la población de cuáles*

*podían ser los síntomas para que, ante esos síntomas, acudieran a un centro de salud". (Trinidad Jiménez).*

## **Contagios individuales y fallecimientos**

Desde el punto de vista de la gestión, la clave en el manejo de los casos de contagios individuales fue evitar, en todo momento, que la alarma social **colapsara** los servicios asistenciales.

Y, para ello, se tomaron diversas medidas encaminadas a atender las dudas y hacer un diagnóstico previo de los ciudadanos desde su propia casa: atención telefónica, solución de preguntas a través de Internet o establecimiento de varios niveles asistenciales, etc.

Estas acciones se pusieron en marcha tanto a nivel nacional, como regional:

*\*"Había que evitar el colapso del sistema sanitario. (...) Se establecieron tres niveles de asistencia: nivel telefónico, atención primaria y urgencias hospitalarias y hospitalización". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Nosotros creamos un espacio en la página web y la gente podía acceder directamente a la información". (Maite Perea).*

*\*"Se pone también un número de teléfono gratuito que quita mucha presión a los centros de salud porque, a través de él, se decidía si el paciente que llamaba debía quedarse en casa aislado, acudir a su centro de salud, ingresar en un hospital o si había que enviarle una ambulancia. Este número fue muy importante porque descongestionó muchísimo tanto la atención primaria, como los servicios de urgencias de los hospitales". (Teresa Zurro).*

Además, otra de las claves de la gestión de los contagios fue la centralización de los análisis de las muestras obtenidas de los pacientes en **un solo laboratorio**. Esto se hizo sobre todo, en un primer momento, con el fin de que todas las muestras fueran analizadas por los mismos expertos y los resultados se gestionaran de un modo organizado. Pero, posteriormente, el incremento de los contagios hizo imposible mantener esta política y tuvieron

que habilitarse otros laboratorios, para este mismo fin, en otros puntos de España. Así lo explica la ministra de Sanidad:

*“Las muestras de sospechosos de cualquier punto de España se centralizaban en Madrid para su análisis. En los laboratorios que estaban, en ese momento, cualificados para ello. Eso fue inicialmente. Después también hubo otros laboratorios de referencia, en otros lugares de España, para poder verificar si era gripe A”. (Trinidad Jiménez).*

Desde el punto de vista de la comunicación, el aspecto que generó más debate fue el de la **confidencialidad** de las personas contagiadas y, por supuesto, también de los fallecidos.

Los gestores, jefes de prensa y periodistas de los gabinetes de prensa sanitario aseguran que, en todo momento, se respetó la confidencialidad de los afectados y que, en ningún caso, se dieron datos de la historia clínica de los pacientes. Sexo y edad eran los únicos detalles personales que se facilitaban desde las fuentes oficiales. Y se muestran tajantes al respecto:

*“Respeto absoluto a la confidencialidad de los datos de los pacientes. Dábamos sexo, edad y causas del fallecimiento”. (Maite Perea).*

*“A la hora de dar este tipo de información, el periodista quiere saber de los afectados nombres, apellidos, edad, estado civil, si tiene hijos... Pero esa es la historia clínica de un paciente y ninguna consejería, ni ninguna administración, está dispuesta a darla”. (Teresa Zurro).*

*“El número de personas fallecidas lo dábamos. Pero la identidad nunca, jamás. (...) Nosotros, como Ministerio y como información oficial, nunca jamás dijimos el nombre de los fallecidos”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*“Datos personales de los muertos no dábamos”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

Para lograr este respeto a la intimidad de los ciudadanos, la Consejería de Sanidad de Castilla y León llegó, incluso, a convocar una reunión con los directores de los medios de comunicación para pedirles su colaboración. Se les explicó, de antemano, que tipo de datos no se iban a dar para evitar futuras acusaciones de falta de transparencia. Así lo explica el exconsejero:

*\*\*"Yo me reuní con todos los directores de los medios de comunicación para pedirles que fueran prudentes con las noticias y explicarles que había datos que yo no iba a dar porque me parece que dar según qué cosas es violar la deontología y el secreto médico. Y estos son todos los datos relacionados con la historia del paciente". (Álvarez Guisasola).*

Y desde los medios de comunicación, María Sahuquillo, asegura que se aceptó esta premisa y que sólo se dieron datos personales en casos excepcionales:

*\*\*"Dimos nombre y apellidos en el caso de muerte más dramático que hubo (madre de Ryan). Porque, además, hubo una rueda de prensa. Era una historia humana y muy concreta (...) Pero en el resto creo que no dimos datos personales. (...) Siempre intentamos respetar la privacidad al máximo posible." (María Sahuquillo).*

Sin embargo, la realidad es que aparecieron datos personales de los afectados en diversas noticias sobre la gripe A publicadas en los medios analizados tal y como observaremos, posteriormente, en el análisis de noticias.

Desde los gabinetes de prensa matizan que, si se dieron, los periodistas los obtuvieron siempre de fuentes extraoficiales:

*\*\*"Pero, con tantas puertas abiertas a la información, al final hay mucha gente que puede transmitir una información". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Explicación que confirma la propia María Sahuquillo, ya que asegura que sólo se dieron detalles personales cuando eran los propios afectados los que se los facilitaba, o cuando las familias de los mismos daban su consentimiento. Pero, esta explicación, lleva implícita una contradicción respecto a sus declaraciones anteriores: ya que demuestra que no sólo dieron datos privados en el caso de la muerte de la madre de Ryan:

*\*\*"Sí que hubo algunos afectados que los contamos también con detalle porque eran ellos mismos los que hablaban y daban declaraciones. (...) Siempre todo lo que dimos estuvo aprobado por la familia, porque no somos quien para meternos en la vida privada de nadie". (María Sahuquillo).*

La periodista de El País, justifica la publicación de datos que comprometen la confidencialidad de los afectados por la gripe A, alegando que era la propia sociedad quien los demandaba:

*“En el fondo el lector lo quiere saber”. (María Sahuquillo).*

Por otro lado, en lo que sí que coinciden los gabinetes de prensa y los medios es en que la información sobre los contagios individuales y las muertes se facilitó de manera constante desde las fuentes oficiales. No hubo opacidad en este sentido:

*“Casi todos los días había declaraciones, con dos comunicados diarios (uno por la mañana y otro por la tarde). Cuando pasó una semana y media empezamos a hacer un comunicado al día, luego uno a la semana...” (Maite Perea).*

*“Al principio se daban como podías. Pero luego la propia Consejería de Sanidad estableció un sistema de información, en el que daban los casos nuevos, en qué hospitales, los que fallecían o no, con un pequeño perfil (porque normalmente eran muertes por complicaciones asociadas, como morbilidades y demás)”. (Ana Santiago).*

## **Contagios colectivos**

El temor a que se produjeran múltiples contagios colectivos que incrementaran la peligrosidad y expansión de la gripe A estaba justificado, científicamente, por el elevado **índice de replicación** que presentan todos los virus de la gripe. Esto hace que la enfermedad se expanda rápidamente entre, por ejemplo, los miembros de una misma familia:

*“La gripe tiene una tasa de replicación, que hace que por cada persona infectada, se tienda a infectar a otra. Y esto hace que sea una enfermedad que en el entorno familiar se extienda muy bien, porque esa comunicación se facilita con la convivencia”. (Ortiz de Lejarazu).*

Y durante la crisis sanitaria del virus H1N1 se produjeron, por supuesto, contagios colectivos. Pero no hay consenso entre los entrevistados a la hora de señalar cuáles fueron los más relevantes:

Álvarez Guisasola subraya la importancia de los contagios que se produjeron en los **campamentos de verano y en las instituciones dependientes de Servicios Sociales**. Es posible que el exconsejero destaque éste último aspecto debido a que la segunda muerte por gripe A que se produjo en Castilla y León surgió en dentro de un brote epidemiológico declarado en un Centro de Atención de Minusválidos Psíquicos (C.A.M.P) de Valladolid. Este caso fue especialmente relevante por la edad de la mujer fallecida, ya que tenía sólo 18 años:

*“Curiosamente no hubo focos en colegios, pero en campamentos sí, en el verano. También en instituciones cerradas, en centros de acogida de niños con parálisis cerebral u otras deficiencias. No hubo, afortunadamente, ningún foco en cárceles”.* (Álvarez Guisasola).

Sin embargo, desde Madrid se resalta especialmente el primer conato de contagio colectivo que hubo que abordar: los **grupos de viajeros** que podían traer el virus de otras partes del mundo.

*“Los primeros enfermos en España fueron un grupo de estudiantes que acababan de llegar de viaje”.* (María Sahuquillo).

*“La primera acción fueron los aeropuertos, ¡claro!: control de pasajeros que vienen de los puntos en los que hay focos identificados...”.* (Maite Perea).

Maite Perea destaca, además, el contagio colectivo que se produjo en el **cuartel militar** de Hoyo de Manzanares como uno de los momentos álgidos de la crisis sanitaria. Sobre todo porque, tras producirse los primeros síntomas dentro del cuartel, se permitió la entrada de un grupo de niños en visita escolar al recinto. Esta decisión fue muy criticada en los medios de comunicación:

*“Dos picos de crisis: el tema del cuartel de Hoyo de Manzanares, la visita de los niños...”* (Maite Perea).

Por último, Álvarez Guisasola y María Sahuquillo nos explican cómo se **gestionaron** estos casos desde las instituciones. En el caso de los contagios individuales la prioridad era evitar que se colapsaran los servicios sanitarios y,

en el de los colectivos, la prioridad era evitar el **contagio por hacinamiento** y **proteger a las colectividades sociales más débiles**. Y para ello:

*“En esos casos se seguía un protocolo de actuación distinto: lo que había que hacer era evitar el contagio por hacinamiento. Lo que se hacía era tratar al grupo con Tamiflú (en los casos de riesgo) y luego se les dispersaba y se les vigilaba. Se iba a su casa y, si era necesario, se tomaban medidas a nivel familiar”. (Álvarez Guisasola).*

*“Contamos cuáles era los grupos poblacionales más afectados (las embarazadas por ejemplo), porque también son datos que el lector demanda saber”. (María Sahuquillo).*

### **Coordinación intergubernamental en la gestión y comunicación de la gripe A**

La coordinación fue una de las **características principales en la gestión de la gripe A**. Es un aspecto destacado por los entrevistados y todos ellos coinciden en el veredicto: se llevó a cabo de manera correcta.

Las decisiones se tomaban por consenso entre los diferentes organismos de autoridad sanitaria: ministerio, comunidades autónomas, países...

En las declaraciones de las personas implicadas en la gestión destaca, especialmente, el trabajo conjunto que se desarrolló entre el Ministerio de Sanidad y las consejerías de Sanidad de las diferentes comunidades autónomas.

Esta colaboración y sus buenos resultados se reflejan en estas palabras de la ministra de Sanidad:

*“Yo creo que ha sido de los casos más importantes o más evidentes de cómo se funciona de manera coordinada el Estado y las comunidades autónomas. (...) Y todo se hizo de manera absolutamente ejemplar. Con un nivel de colaboración extraordinario. (...) Yo solamente tengo buenas palabras y buenos recuerdos de la coordinación con las comunidades autónomas”. (Trinidad Jiménez).*

Esta coordinación se dio, tanto en la labor desarrollada por parte de los **gestores políticos**:

*“La Consejería de Sanidad siempre estuvo muy en contacto con el Ministerio y todas las actuaciones se hicieron de manera coordinada y conjunta”. (Álvarez Guisasola).*

Como en los equipos responsables de la **comunicación**:

*“Se logró un consenso en la comunicación. Yo eso nunca lo había visto de una manera tan clara. Fue la clave del éxito de la comunicación.”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*“La coordinación con otras administraciones fue una de las bases de la estrategia de comunicación de la Consejería. Se establecieron líneas de coordinación, sobre todo con el Ministerio de Sanidad. Y, a mi entender, esto se hizo bastante bien”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“Hubo mucho consenso en cómo hacer las cosas. Hubo muy poco enfrentamiento”. (Ana Santiago).*

La unidad comunicativa permitió cumplir con dos requisitos fundamentales en el control de cualquier crisis: la existencia de **un solo portavoz y evitar la disparidad de mensajes**. Las informaciones se daban siguiendo una sola voz: la del Ministerio de Sanidad. Y todos los comunicados estaban consensuados para garantizar que los datos dados en Madrid eran los mismos que los que se facilitaban en Valladolid, Barcelona o Granada:

*“En términos generales la población estuvo informada, el propio Ministerio daba ruedas de prensa continuas... Porque lo que había que procurar es que los datos importantes de las pandemias tengan una única fuente de información y que no vaya cada uno por libre”. (Álvarez Guisasola).*

*“Casi todos los días había declaraciones, con dos comunicados diarios (uno por la mañana y otro por la tarde) que tenían información por comunidades autónomas. (...) Para informar de los contagios y muertes: era fundamental tener ahí la coordinación con la comunidad autónoma y que fueran ellos los que respondiesen. Nosotros dábamos el dato si*



*había algún fallecimiento y, luego, era la comunidad autónoma correspondiente la que se encargaba del manejo de esos casos.” (Maite Perea).*

*”Los mensajes los daba primero el Ministerio y luego los personalizábamos por comunidades autónomas. (...) Así que hubo un momento a partir del cual fuimos conscientes, tanto en las autonomías como la directora de comunicación del Ministerio, de que había que bajar la presión informativa”. (Teresa Zurro).*

*”Todos los gabinetes de prensa y todos los consejeros hablaron con una sola voz, es este caso la nuestra, la del Ministerio de Sanidad. Si no, con 17 consejeros, con sus competencias y sus comunicados diferentes, hubiera sido un lío”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Y la consecución de este buen nivel de coordinación fue posible gracias a tres aspectos clave:

1. La figura de la ministra, **Trinidad Jiménez**. Ella se preocupó, en todo momento, de tener en cuenta las opiniones de todos los implicados y de centralizarlas. Llegando incluso, a llamar personalmente a los consejeros para saber qué pensaban y cuáles iban a ser sus líneas de actuación. La gestora decidió que en un caso de salud pública, como fue la gripe A, era aconsejable superar la transferencia de competencias en materia sanitaria (esas competencias están transferidas a las comunidades autónomas en el estado español) y trabajar de manera conjunto y, por eso, reunió a todos los representantes sanitarios autonómicos:

*”Trinidad Jiménez fue capaz de aunar a todos los consejeros; su directora de comunicación, M<sup>a</sup> Jesús García, nos aunó a todos los directores de comunicación”. (Teresa Zurro).*

*”Trinidad Jiménez, a mí me llamó un par de veces personalmente por teléfono para preguntarme mi opinión”. (Álvarez Guisasola).*

*”Me consta que entre Guisasola y Jiménez hubo muy buen entendimiento. \*Fue una buena ministra en ese sentido, a la hora de*

*escuchar las recomendaciones vinieran de dónde viniera, de la ideología que vinieran...". (Ana Santiago).*

*\*"Las comunidades autónomas tienen la competencia de gestión de la sanidad. Y está transferida, la competencia sanitaria está transferida a las comunidades autónomas. Y son muy celosas de sus competencias las comunidades autónomas. Y, sin embargo, cuando detecté el primer caso en España las convoqué, decidimos actuar de una forma coordinada y conjunta y todas las comunidades autónomas delegaron en el Ministerio de Sanidad, por primera vez, la competencia de información, de gestión, de coordinación..." (Trinidad Jiménez).*

2. Las **reuniones constantes**, tanto de los gestores como de los responsables de comunicación. Estos encuentros podían ser mediante videoconferencia o presenciales.

Entre las reuniones presenciales destacan las del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Figura definida de este modo en la página web del propio Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad<sup>51</sup>:

*\*"El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, desde su constitución en abril de 1987, ha estado compuesto por el mismo número de representantes por parte de la Administración General del Estado que por las Comunidades Autónomas, lo que suponía un total de treinta y cuatro miembros. A partir de la publicación de la Ley de cohesión y calidad, está constituido por el Ministro de Sanidad y Consumo, y por los Consejeros competentes en materia de sanidad de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía. Asisten asimismo a las sesiones plenarias, con voz y sin voto, el Subsecretario de Sanidad y Consumo y el Director general de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Preside el Consejo Interterritorial el Ministro de Sanidad y Consumo".*

---

<sup>51</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:  
<https://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/aspectos.htm>

La relevancia de estos encuentros se observa en las siguientes declaraciones de los entrevistados:

*“Había reuniones muy frecuentes. Las direcciones generales de Salud Pública se reunían, por videoconferencia, todas las semanas”. (Álvarez Guisasola).*

*“Nos reuníamos de manera presencial, por correo electrónico o videoconferencia. Y también el Consejo Interterritorial nos daba sus indicaciones”. (Maite Perea).*

*“Lo que se decidía en el Consejo Interterritorial lo asumíamos en comunicación y lo que decidíamos en las reuniones de comunicación se trasladaba al Consejo Interterritorial. (...) Aprovechábamos los Consejos Interterritoriales para ir cambiando la política de comunicación según los acontecimientos”. (Teresa Zurro).*

En estas reuniones se tomaron todas las decisiones importantes para el desarrollo de la pandemia de gripe A en España y, una vez más, tanto las relacionadas con la gestión como con la comunicación de la misma:

*“Todas las decisiones importantes (vacunas, Tamiflú, si había que dar parte de los fallecidos...) se decidían de manera coordinada”. (Álvarez Guisasola).*

*“Todas las decisiones se tomaban en el Comité de Comunicación en el que trabajaba el Ministerio con las comunidades autónomas”. (Maite Perea).*

3. El **consenso político**. En esta crisis sanitaria se logró que los gestores dejaran a un lado la ideología política y trabajaran juntos por el mismo objetivo: controlar la expansión de la enfermedad y proteger la salud de los ciudadanos. En los temas de carácter humano, como es este, es importante cuidar el bien común. Durante la gripe A los dos partidos mayoritarios (PP y PSOE) colaboraron tanto en el ámbito nacional, como en el autonómico:

*“En otros temas era siempre muy difícil que las comunidades de los distintos colores políticos llegaran a un acuerdo. En el caso de la gripe A*

*todas estuvimos. Ante una crisis sanitaria todos tenemos que actuar independientemente de ideas políticas*". (Teresa Zurro).

*\*Plan regional de actuación frente a la gripe A: "se estructuró desde la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León (...) siempre con las directrices del plan general, ya que había un plan nacional". Y este plan, aparte de darle toda la difusión posible, nos llevó también a reunirnos con la oposición. En las Cortes de Castilla y León hubo una sesión de explicación del plan*". (Álvarez Guisasola).

*\*\*Fue una buena ministra en ese sentido, a la hora de escuchar las recomendaciones vinieran de dónde viniera, de la ideología que vinieran..."* (Ana Santiago).

También hay que indicar que sólo la periodista del Ministerio de Sanidad Maite Perea subraya un **problema puntual de coordinación** relacionado con la gripe A, a pesar de que en términos generales apoya la tesis de los otros entrevistados de que las acciones conjuntas fueron muy buenas.

El problema fue la falta de coordinación, a la hora de explicar lo que estaba sucediendo durante los contagios producidos en el cuartel de Hoyo de Manzanares, entre dos ministerios:

*\*\*Tuvimos un serio problema con el tema del cuartel, por ejemplo. Porque, además, se transmitió descoordinación informativa (entre el Ministerio de Defensa y el de Sanidad) y eso creó mucha más confusión*". (Maite Perea).

Por último, la periodista hace alusión también a un aspecto que no es destacado por los demás. La **buena coordinación que hubo también entre países** y lo difícil que es conseguir algo así:

*\*\*A raíz del problema que hubo con la gripe aviar, la UE se puso a trabajar en un plan de coordinación y de respuesta a una crisis producida por la gripe y todos los gobiernos elaboraron su plan de crisis (entre ellos España). (...) En el ámbito europeo sí que había una red de constante comunicación de los cambios que se iban produciendo y de los mensajes que se iban enviando a la población. En un caso así, es muy*

*difícil actuar de manera coordinada porque cada país tiene unas peculiaridades". (Maite Perea).*

Esta coordinación internacional es un aspecto que también destaca la ministra de Sanidad:

*""Y, después, lo que se estaba haciendo también a nivel internacional. Veíamos lo que se hacía en el Centro de Transmisión de Enfermedades de Atlanta, de Bruselas, de Nueva Zelanda... Tratábamos de hacer una coordinación". (Trinidad Jiménez).*

El poder contar con la experiencia y datos de otros gobiernos que ya habían pasado la primera etapa de la gripe A (que se declaró primero en el hemisferio sur), fue una ventaja para el Ejecutivo español. Y toda esta información se centralizó en el centro de alerta de emergencias sanitarias del Ministerio de Sanidad:

*""Y en ese centro, primero, se centralizaba toda la información que había sobre la gripe A a nivel internacional. Es decir, sabíamos lo que estaba pasando en Estados Unidos, en Bruselas, en los centros donde se recogía toda la información, cuáles eran las recomendaciones que se estaban haciendo a todos los países, etcétera. Por lo tanto, a nivel internacional coordinamos la respuesta. Recibíamos lo que se decía a través de la OMS, para saber qué es lo que teníamos que hacer". (Trinidad Jiménez).*

### **5.2.5 Organización Mundial de la Salud**

#### **Directrices marcadas por la OMS**

Este es otro punto en el que se presenta un consenso casi absoluto entre los entrevistados. Todos, menos uno, afirman que la OMS **no estableció ninguna línea de actuación**, ni le dijo a ningún organismo e institución cómo debía trabajar para enfrentar a la gripe A:

*""De la OMS no recibimos ninguna línea de actuación, por lo menos a nivel comunicación". (Maite Perea).*

*\*\*"No recibimos instrucciones de ningún organismo". (Iñaki Pagazaurtundua).*

*\*\*"Que yo recuerde no. Nosotros llevamos nuestra propia línea de lo que consideramos que es relevante y no relevante. Desde ninguna institución nos suelen decir nunca lo que tenemos y no tenemos que contar. Para eso somos independientes". (María Sahuquillo).*

*\*\*"La OMS no dio directrices en absoluto. Instrucción ninguna". (Ortiz de Lejarazu).*

Lo que sí que hizo la Organización Mundial de la Salud es ofrecer consejos o dar normas generales de actuación ante las crisis sanitarias, pero sin dirigirse directamente a ninguna institución. Estas comunicaciones las hacían, fundamentalmente, a través de internet o de las declaraciones oficiales que realizaba la entidad, fundamentalmente a través de su directora general, Margaret Chan:

*\*\*"La OMS da normas generales que afectan a todos y que se van modulando con arreglo a los casos mundiales". (Álvarez Guisasola).*

*\*\*"La OMS emite un primer mensaje certificando que hay una nueva cepa del virus, que hay que tomar las medidas oportunas y que recuerda el nivel de alerta en el que estábamos (que era el nivel 3, del que creo que no se había bajado desde la gripe aviar)". (Maite Perea).*

*\*\*"Se establecieron líneas de coordinación". (Iñaki Pagazaurtundua).*

*\*\*"Las ruedas de prensa telefónicas (videoconferencia y teleconferencia) de la OMS eran diarias". (María Sahuquillo).*

*\*\*"Otra cosa es que tú las buscaras. Para ver qué dice o qué deja de decir. Pero Directamente al periódico no llega nada de ese tipo". (Ana Santiago).*

La visión sobre las directrices marcadas por la OMS sólo difiere en las declaraciones de Trinidad Jiménez. La ministra de Sanidad le da más importancia que sus compañeros al papel desarrollado por el organismo internacional durante la gripe A y afirma que su gobierno **sí que siguió**

**directrices marcadas** por el mismo para enfrentar esta crisis sanitaria en concreto:

*“Por lo tanto, a nivel internacional coordinamos la respuesta. Recibíamos lo que se decía a través de la OMS, para saber qué es lo que teníamos que hacer”. (Trinidad Jiménez).*

La gestora explica, asimismo, que su gobierno no escogió seguir las directrices de la OMS, sino que **estaba obligado a hacerlo**. Cuando se declara un problema internacional de salud pública, el Reglamento Sanitario Internacional establece que todos los órganos ejecutivos nacionales deben seguir las normas marcadas por la Organización Mundial de la Salud:

*“Es que el Reglamento Sanitario Internacional obliga a los países a seguir las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (...) Existe una obligatoriedad porque, si no se siguen las recomendaciones, se está poniendo en riesgo... es un problema de salud pública... se está poniendo en riesgo, con carácter general, la salud de los ciudadanos”.*

### **Niveles de alerta de pandemia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La OMS declara pandemia en fase 6 a la gripe A el 12 de junio de 2009. Lo que significaba que el virus H1N1 se transmitía con facilidad entre la población y ya estaba extendido por muchos países. Sin que por ello, se incrementara la gravedad de la enfermedad.

Sin embargo, varios de los entrevistados coinciden en que esta decisión de la OMS generó **alarma social** por la falta de conocimientos de la población. Los ciudadanos, que no son profesionales sanitarios, ni expertos en virología, escuchan la palabra ‘pandemia’ y creen que la enfermedad ha aumentado su virulencia:

*“Cuando tú decías que subías un nivel, la gente se alarmaba, cuando eso no debía ser así porque los niveles se declaraban en función de la expansión del virus y no de su agresividad”. (Maite Perea).*

*“El lector no sabe qué significa pasar del nivel 5 al nivel 6, ni la diferencia entre epidemia y pandemia”. (María Sahuquillo).*

*“Cuando alguien dice pandemia uno piensa en cuadros apocalípticos, cuando lo que significa es que es una epidemia multiglobal. Y eso es lo que significa pandemia, a diferencia de epidemia que es algo localizado en un sitio”. (Ortiz de Lejarazu).*

Sólo el consejero de Sanidad de Castilla y León afirma directamente que, a pesar de todo, que la OMS tomó la **decisión adecuada**:

*“La declaración del nivel 6 sirve para toda la población mundial (fundamentalmente, para los países subdesarrollados que son donde existen problemas de salud). En España no hubo riesgo de nivel 6 nunca, pero la OMS no puede discriminar. Fue una medida prudente”. (Álvarez Guisasola).*

Sin embargo, los **responsables de comunicación** y los **periodistas** aseguran que ellos intentaron transmitir este cambio de rumbo con normalidad y tratando, sobre todo, de explicar claramente qué significaba la fase pandémica. Afirman que siguieron las instrucciones de la OMS y que, en ningún momento, generaron alerta:

*“Todo lo íbamos explicando y, cuando se pasaba de un nivel a otro, explicábamos qué significaba la nueva situación”. (Teresa Zurro).*

*“Sí que hicimos algo especial, supongo que daríamos más páginas. Básicamente, lo comunicamos como lo hizo la OMS. Explicamos exactamente qué quería decir ese cambio”. (María Sahuquillo).*

*“No lo recuerdo de una forma especial. Recuerdo más todo como un ciclo de evolución, con su pico (que supongo que coincidiría con a pandemia). Pero, la verdad no creo que eso generara un punto más de alerta”. (Ana Santiago).*

*“En realidad no hubo ningún tipo de cambio. Mantuvimos el mismo nivel de alerta y el mismo cuidado que trasmitimos a la población”. (Trinidad Jiménez).*



A pesar de esta situación en la que, según los entrevistados, se intentó mantener la 'normalidad comunicativa', Maite Perea sí que reconoce que este paso de la fase 5 a la fase 6 de la enfermedad supuso un cambio en las líneas de trabajo tanto de los gestores, como de los periodistas de los gabinetes de prensa. Ya no aportaba información útil contar cada uno de los casos de contagio (ya que el virus estaba expandido por gran parte del país) y los gobiernos ya no centran sus acciones en controlar la expansión del mismo, sino en atender correctamente a los afectados:

*“Cuando ya pasa de fase 5 a pandemia (que es la fase 6) hay mensajes que ya no tienen sentido. Tal y como están establecidos los niveles de la OMS, pandemia significa que el virus está extendido y, por lo tanto, el esfuerzo de las autoridades sanitarias ya no es controlar el virus o aislarlo; el esfuerzo es la atención sanitaria”. (Maite Perea).*

### **5.2.6 Vacunas**

#### **Problemas que surgieron en torno a las vacunas**

La gestión de la fabricación, compra y distribución de las vacunas frente a la gripe A ha sido uno de los temas más criticados.

Entre la opinión pública se generó un **clima de desconfianza** hacia todas las acciones tomadas desde los órganos ejecutivos a este respecto. Incluso llegando a generar una corriente (más extrema) contraria a cualquier tipo de vacuna. Eso pudo ser peligroso, ya que la gripe llega todos los años y la vacunación es la mejor medida sanitaria para su control y prevención.

Todo esto lo encontramos en la explicación que nos facilitó el doctor Guisasola con estas palabras:

*“Se generó un estado de opinión en el que, poco más o menos, era más peligroso vacunarse que padecer la gripe. Cosa que es absurda. Mermar la eficacia de las vacunas es de una inconsciencia tremenda y de una ignorancia supina. Si tú no te vacunas generas un mal a la colectividad porque tú eres fuente de contagio”. (Álvarez Guisasola).*

La disparidad de opiniones entre los entrevistados llega a la hora de establecer cuáles fueron los **motivos** por los que surgió esta posición social contraria a las vacunas. Sobre todo porque estas razones fueron cambiando según avanzaba la gripe A.

Según las personas implicadas, en una primera fase los problemas relacionados con las vacunas fueron dos:

1. Los mensajes de alarma emitidos por los **medios de comunicación**.

Los periodistas dieron, además, voz a personas no autorizadas que hicieron declaraciones que favorecieron una alarma sin base científica:

*“Según los medios de comunicación se iban a morir la mitad de los españoles porque no les iban a llegar las vacunas”. (Teresa Zurro).*

*“Los medios de comunicación daban las primeras planas a declaraciones de personas no profesionales como, por ejemplo, aquella monja que circuló por Internet”. (Ortiz de Lejarazu).*

Sólo hay una persona que defiende que se transmitieron los mensajes correctos sobre la vacuna de la gripe A, tanto por parte de los medios de comunicación como por parte de los gabinetes de prensa, y que los ciudadanos los entendieron. Maite Perea afirma:

*“Los mensajes sobre las vacunas se entendieron bien”.*

2. El hecho de que no había una **vacuna específica** para el virus H1N1 y que, por lo tanto, se tuvo que fabricar. Con la demora en el tiempo que esto supuso: la vacunación de la gripe estacional se suele realizar al comenzar el último trimestre del año y, para esas fechas, la vacuna frente a la gripe A aún no estaba en el mercado:

*“El tema de la vacuna preocupó porque no la había. No estaba fabricada”. (Ana Santiago).*

*“El problema de la vacuna es que, en un principio, no había vacuna para la gripe A. Y la gente, la población, la demandaba. Pero hasta que se producía, hasta que se podía elaborar una vacuna teniendo en cuenta cuales eran las características del virus y se identificaba la cepa del virus y todo esto... pues transcurrieron bastantes meses. Y, durante*

*esos meses, la Gripe A fue muy virulenta, con muchos casos de fallecimiento y hubo una gran alarma social. En todo el mundo, no me refiero al caso de España". (Trinidad Jiménez).*

No obstante la posición antivacunas se mantuvo también cuando finalmente acabó la producción de la vacuna frente a la gripe A por parte de las farmacéuticas y ésta salió al mercado. Lo que cambiaron fueron los motivos que generaban la desconfianza hacia la profilaxis:

1. Por una parte, surgió la pregunta de si las **vacunas eran seguras**. Las compañías farmacéuticas tuvieron que producirlas en un tiempo récord. Y eso generó dudas sobre si se había cumplido con todas las pruebas y garantías legales que requiere este tipo de procesos:

*\*"Los laboratorios, que no se explicó muy bien el hecho de que el que la vacuna se fabricará muy rápidamente no le restó eficacia". (Álvarez Guisasola).*

*\*"No hubo ninguna opinión manejada por expertos o por el Gobierno que insistiera en la seguridad y conveniencia de las vacunas. No quedó claro que fueran seguras". (Ortiz de Lejarazu).*

2. Otro problema que señalan varios de los entrevistados, fue que la propia **comunidad médica** no se vacunó. El personal sanitario presentó índices muy bajos de vacunación, en lugar de predicar con el ejemplo. Lo que hizo que muchos de sus pacientes tampoco quisieran hacerlo:

*\*"El personal sanitario se vacuna muy poco". (Álvarez Guisasola).*

*\*" Los médicos usamos mucho el 'consejos vendo que para mí no tengo'. Hay muchas probabilidades de que un paciente llegue al médico y le pregunte '¿y usted se vacuna?' y la respuesta sea que no. Y entonces, la reacción normal es: 'pues si no se vacuna usted, tampoco me voy a vacunar yo'." (Ortiz de Lejarazu).*

3. A todo esto se unió, según el epidemiólogo Ortiz de Lejarazu, una mala **gestión política** de la situación. Según sus declaraciones, eran los responsables políticos los que tendrían que haber tranquilizado a la población antes estas dudas anteriormente mencionadas:

*\*\*"La información que se ha dado desde muchos estamentos políticos fue desafortunada. (...) Y esto en una sociedad como la de ahora, que es muy mediática, en la que llega la información a todo el mundo de una manera absolutamente democrática, nos encontramos que por otro lado hay un débito democrático en la sociedad basado en que la sociedad no ha educado a todas las personas en igualdad para que tengan igualdad de oportunidades a la hora de entender esa difusión del conocimiento como debería ser. Y, hasta que eso no le logre, se da una inequidad social importantísima que trae consigo problemas como el de las vacunas (¿por qué yo no me puedo vacunar?, ¿por qué ese sí?...)".* (Ortiz de Lejarazu).

Todo esto hizo que a pesar de todas las protestas iniciales de la población por la falta de vacunas, **la tasa de vacunación frente a la gripe A fuera muy baja.**

Aquí se da la **primera dualidad** encontramos respecto a este tema: las mismas personas que querían ser incluidas en los grupos de riesgo en una primera etapa, renunciaron a vacunarse cuando la profilaxis llegó a los centros de salud y a las farmacias de manera gratuita y con libre acceso para toda la población:

*\*\*"Y, posteriormente, cuando se da prácticamente libertad absoluta de vacunación, no se vacuna ni el 40% de la población".* (Teresa Zurro).

A esto se le añadió que, según avanzaba la pandemia, se iba comprobando que el virus H1N1 no era tan agresivo como se podía prever en un principio. Y que las cifras de contagiados y fallecidos en España eran incluso menores a las de la gripe estacional de años anteriores. La **virulencia de la enfermedad disminuía** y, con ella, la intención de vacunarse de los ciudadanos. **Las vacunas llegaron tarde:**

*\*\*"Luego los observadores empezaron a ver que el virus no era agresivo y que era más leve de lo que en principio se había estimado, y hubo gente que no se vacunó".* (Maite Perea).

*\*\*"Los ciudadanos pedían las vacunas en junio. Y, al final, cuando tenemos ya la vacuna, ha pasado la epidemia y el país estaba organizado". (Ortiz de Lejarazu).*

*\*\*"Estaba la de la común (que, además, convenía seguir poniéndosela porque seguía circulando) y la otra llegó con su retraso". (Ana Santiago).*

*\*\*"¿Qué ocurrió? Que la gente no acudió a vacunarse. ¿Por qué? Porque cuando se tuvo acceso a la vacuna, ya la presión social y el miedo social habían bajado mucho. No sé si, creo recordar, que la gripe A apareció a finales de abril o en el mes de mayo del año 2009 y a las primeras vacunas tuvimos acceso en septiembre de ese mismo año. Y ya había pasado digamos, no solamente la presión social, sino la virulencia inicial de la gripe. Por alguna razón el virus, que seguía estando allí, no se manifestaba con esa agresividad". (Trinidad Jiménez).*

El doctor Ortiz de Lejarazu señala, a mayores, otro motivo que desanimó a la gente a vacunarse: los **efectos secundarios** de la profilaxis. Que se producían, sobre todo, entre la población joven:

*\*\*"La vacunas se ponían en personas jóvenes, que habían pasado pocas gripes, y tenían una reacción importante (cierta fiebre, estancia en cama...)"*. (Ortiz de Lejarazu).

No obstante, esta teoría es desmentida por Álvarez Guisasola, que muestra justo la tendencia opuesta:

*\*\*"Hicimos un estudio en el que nos preocupamos por ver cuáles habían sido los efectos secundarios de la vacuna de la gripe A en relación con otras vacunas (sarampión, varicela, paperas...) y tuvo menos efectos secundarios que las otras vacunas". (Álvarez Guisasola).*

Entrando ya en la última fase de la gripe A, la baja tasa de vacunación originó una nueva oleada de críticas por parte de la población y de los medios de comunicación. En este caso, dirigidas al Gobierno nacional. El debate giró en torno a las opiniones que afirmaba que se había **comprado muchas vacunas** y que se había producido un gasto exagerado al financiarlas con dinero público. Este fue, incluso, uno de los puntos claves de las teorías de la

conspiración que llegaron a aparecer (fundamentalmente en 2010) y que veremos más adelante.

Las decisiones sobre la compra de vacunas se tomaron desde el Ministerio de Sanidad y, por ello, la persona que mejor puede explicar los motivos de las mismas es Trinidad Jiménez. Ella explica que todas estas decisiones se tomaron, en todo momento, siguiendo el criterio de los expertos sanitarios y nunca bajo condicionantes políticos:

*“¿Qué hicimos en España? Hablamos con expertos, hubo un comité de expertos, que identificó cuál sería el número recomendable de vacunas para poder inmunizar a la población española. Entonces, se estimó que podía ser en torno a vacunar al 60% de la población”. (Trinidad Jiménez).*

Normalmente, la vacunación de la gripe estacional también se produce en torno al 50% o al 60% de la población. No era nada extraño.

Este tema generó dos corrientes enfrentadas. Por una parte la de las personas que pensaban que se había actuado incorrectamente como decíamos en el párrafo anterior y, por otro lado, la de aquellos que defendían que se había tomado la decisión correcta con la información que se tenía al comienzo de la enfermedad. Se compraron tantas vacunas como medida de prevención por si, finalmente, el virus era agresivo:

*“Se tendió a evitar ‘mal mayor’ con la información que había. (...) Se compararon muchas vacunas por presión política (por parte del Partido Popular en general) y porque todos los países seguían la misma línea: provisión de vacunas para poder afrontar una posible pandemia agresiva”. (Maite Perea).*

*“Las críticas a la financiación de las vacunas tampoco son lógicas, sobre todo si lo comparamos con el dispendio que hay en otros capítulos. Las vacunas de España no cuestan lo que valen dos o tres kilómetros de autovía”. (Ortiz de Lejarazu).*

Además, aquí encontramos la **segunda dualidad** sobre las vacunas de la gripe A: la misma sociedad que pedía que se compraran vacunas para todos, fue la que después criticó su adquisición:

*“Presionados por la propia sociedad, los estados (y en concreto España) hicieron una previsión de vacunas superior al consumo real”. (Álvarez Guisasola).*

*“Por parte de la Oposición, sobre todo del principal partido de la Oposición, en algún momento se pidió que se compraran vacunas para el 100% de la población. Nuestros expertos estimaron que no era necesario. Pero había una gran demanda y presión social”. (Trinidad Jiménez).*

Ninguno de los entrevistados apoyan directamente la teoría de que la decisión de adquirir las vacunas fuera incorrecta. Y algunos, como es el caso de Maite Perea, llegan incluso a criticar a aquellos colectivos que sí que lo hacen:

*“No se puede criticar esa decisión, tomada en unas circunstancias muy determinadas, comparándola con la situación tres o cuatro meses después; porque entonces tú estás haciendo un análisis erróneo y se lo estás trasladando a la población. (...) Los mismos que pedían vacunas para todos, luego criticaban que se hubieran comprado muchas”. (Maite Perea).*

Finalmente hay que indicar que Raúl Ortiz de Lejarazu aporta, además, otra teoría para explicar por qué la población no se vacunó (aunque es el único de los entrevistados que la menciona). Él afirma que los españoles no se vacunaron por las características intrínsecas de la **población europea**. Y señala que las tasas de vacunación de este continente fueron, por ejemplo, mucho más bajas que las del americano.

*“El tema de las vacunas demuestra la peculiaridad europea. En Estados Unidos no sucedió lo mismo que aquí. En Europa hay muchas más desigualdades que en Estados Unidos y esto se vio en el tema de las vacunas. Estados Unidos elaboró su vacuna y vacunó, ¡y vacunó mucho!”. (Ortiz de Lejarazu).*

Uno de los motivos que presenta para explicar estas diferencias entre países es el precio de los productos sanitarios. El epidemiólogo opina que los gestores políticos debieron presentar la vacuna del H1N1 como algo valioso e importante dándole un **valor económico** y que esto hubiera reducido la desigualdad:

*“Y esto no pasa en Estados Unidos porque la medicina es de otro tipo, es una medicina que se paga. Y es curioso porque la gente no ha querido cambiar esto (cuando lo propuso Obama por ejemplo), porque la gente sabe que cuando paga más, tiene más atenciones y, cuando paga menos, tiene menos... pero saben a qué atenerse. Y nosotros eso no lo entendemos, todo es gratis total para todos (hasta el parking). Y ahora estamos viendo que ese sistema falla, porque no puede ser gratis todo. Y, además, lo que es gratis se tiende más a criticar que a valorar (como ocurrió con las vacunas) porque, realmente, solo se aprecia lo que se paga.”* (Ortiz de Lejarazu).

*“La producción era lenta y no todos los países tenían acceso a la vacuna. (...) Era una vacuna cara”.* (Trinidad Jiménez).

## **Valoración de los entrevistados de la campaña de vacunación frente a la gripe A**

En este punto no encontramos consenso entre los entrevistados. Tienden a posicionarse a favor de la teoría de que las actuaciones frente a la vacunación fueron correctas, pero siempre con matices. Ninguno lo afirma de manera categórica.

Raúl Ortiz de Lejarazu explica que, según su propia opinión, las medidas tomadas frente a la vacunación de la gripe A fueron correctas:

*“La vacunación, en Europa, no tuvo éxito. Aunque no lo hicimos tan mal”.*

Pero explica que el problema residió en que esas medidas se explicaron mal. De lo que se deduce que el problema fue la **mala comunicación** que se hizo de esas decisiones:



*\*\*Sin embargo en España, las cosas con las vacunas se hicieron bien (como en Estados Unidos) pero, a diferencia de Estados Unidos, las cosas no se explicaron bien. En abril y mayo, el mensaje era: '¡no va a haber vacunas para todos!', que luego se convirtió en: 'va a haber vacunas para bastantes'. Se fueron subiendo las expectativas como la bolsa".*

Esto explicaría por ejemplo el hecho de que se criticara el desembolso económico que había realizado el Gobierno español para adquirir unas vacunas que finalmente no se usaron, a pesar de que gran parte de las vacunas sobrantes se reutilizaron con otros fines. Esa idea no se explicó bien y no caló ni entre los ciudadanos, ni en los medios de comunicación:

*\*\*El Gobierno hizo un acuerdo con los laboratorios y, aunque se compraron bastantes millones, hubo una parte que se condicionó para que sirviese para la siguiente temporada vacunal". (Maite Perea).*

*\*\*Nosotros lo que hicimos fue comprar vacunas para el 60% de la población y hacer una reserva, es decir una opción a compra pero sin comprometer ningún recurso económico, para eventualmente si hiciera falta para el 100% de la población. Esas vacunas, ese 40%, nunca se llegó a comprar. Se reservaron por si acaso hacía falta utilizarlo. Es más, después las cedimos para otros países que no habían hecho reserva de vacunas. Es decir, las cedimos a otros países de la Unión Europea que no tenían acceso a ese medicamento. Y nosotros compramos para el 60% de la población". (Trinidad Jiménez).*

Además de las actuaciones gubernamentales, el tema de las vacunas de la gripe A supuso también la toma de una serie de **decisiones comunicativas** por parte de los medios. Y aquí sí que encontramos una **defensa firme** de las mismas.

María Sahuquillo asegura que los periodistas hicieron bien su trabajo y no considera que jugaran ningún papel responsable en el fracaso de la vacunación. Lo argumenta en la **objetividad** que debe tener cualquier labor periodística: ellos contaron lo que sucedía, tal como sucedía:

*“No teníamos ninguna política de comunicación clara a ese respecto, sencillamente contábamos las cosas que pasaban y hablábamos de lo que el lector quería saber explicándolo de la mejor manera posible. (...) Contamos cuántas se compraron al principio, que los taxistas decían que ellos también la querían, que después del problema de los coadyuvantes nadie quería las vacunas, que luego sobraron un montón, que se compraron muchas, que se destinó una pasta a comprarlas y luego se tuvieron que donar... Contamos la verdad”. (María Sahuquillo).*

### **5.2.7 Comunicación realizada en torno a la crisis sanitaria de la gripe A**

#### **Características propias de la información sanitaria**

Los entrevistados coinciden en destacar tres características básicas de la información sanitaria: la sensibilidad de los temas que aborda, la responsabilidad que implica y su complejidad.

En primer lugar, la información sanitaria aborda un tema de gran **sensibilidad** como es la salud. Es algo que afecta a los ciudadanos y que, por lo tanto, les interesa mucho más que otras temáticas que no condicionan directamente su vida cotidiana, su día a día:

*“Los temas de sanidad es que son más sensibles porque estás hablando de una cosa que para la gente es muy importante: la salud”. (Maite Perea).*

*“Tratas el punto más sensible y que más importa a los ciudadanos. (...) La información que más interesa a los ciudadanos es la que tiene que ver con su salud, con la educación y con los temas que les atañen más directamente”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*“Otros temas afectan a sectores concretos, pero la sanidad interesa a todo el mundo”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

Esta característica está, además, estrechamente relacionada con la segunda. El hecho de estar trabajando con noticias de gran sensibilidad social, hace que los periodistas deban ser responsables con su manera de contarlas.

Esta relación entre sensibilidad y **responsabilidad** queda patente en esta explicación de la redactora de *El Norte de Castilla*:

*\*"Todo periodismo requiere responsabilidad, pero aquí tienes una responsabilidad añadida porque estas tocando temas muy sensibles".*  
(Ana Santiago).

Esta responsabilidad deriva también del hecho de que la información sanitaria influye en las decisiones diarias de los ciudadanos, ya que es una información de servicio público. Y puede, asimismo, transmitir esperanza o desesperanza para las personas que padecen una enfermedad o para sus familiares. Por lo que los periodistas tienen que tener mucho cuidado de no crear alertas innecesarias, alentar falsas expectativas o desanimar a quienes están en proceso de recuperación de algún problema de salud. En este aspecto coinciden todos los periodistas entrevistados, tanto de los gabinetes de prensa como de los medios de comunicación:

*\*"No puede haber un error porque puedes condicionar la vida de la gente e influir en sus acciones".* (Maite Perea).

*\*"Tú eres el hilo transmisor de la mala o la buena noticia hacia la sociedad".* (Teresa Zurro).

*\*"Comunicar exige una gran responsabilidad. Pero en el caso de la salud, aún más".* (María Jesús García).

*\*"El periodista sanitario da información de servicio".* (Iñaki Pagazaurtundua).

*\*"Hay que evitar dar ideas erróneas o esperanzas falsas a los pacientes o causar alarma".* (María Sahuquillo).

A todo lo mencionado hay que añadir la tercera característica de este tipo de contenidos informativos: su **complejidad**. Se abordan temas médicos, de carácter científico, que implican conocimientos en materias muy concretas. Y, por eso, los responsables de comunicarlas deben asegurarse de utilizar un lenguaje adecuado y de dar explicaciones correctas a la hora de transmitir estas informaciones:

*“La comunicación sanitaria te hace aprender todos los días porque tienes que aprender un vocabulario técnico (porque tú a un periodista no le puedes contestar con vulgarismos)”.* (Teresa Zurro).

*“La sanidad es que es un terreno muy amplio (política sanitaria, investigación sanitaria, temas de salud, hospitales...) Es uno de los sectores, en ese sentido, más complejo”.* (Ana Santiago).

Esta complejidad surge, asimismo, de la realidad de que la sanidad es un sector en continua evolución y transformación, que trae consigo importantes cambios tecnológicos, científicos y sociales:

*“Ha habido muchos avances médicos y se han consolidado muchos derechos sanitarios en los últimos años. Ahora tenemos derecho a casi todo y antes no; y eso ha generado muchas expectativas en la población”.* (Iñaki Pagazaurtundua).

Todas estas características hacen que el trabajo de los periodistas sanitarios tenga que realizarse basándose siempre en unos criterios básicos: **prudencia, rigor, veracidad y fuentes contrastadas**:

*“Debe ser estrictamente rigurosa y veraz”.* (M<sup>a</sup> Jesús García).

*“Con los temas de sociedad y de salud hay que tener mucho cuidado con las fuentes que eliges y con las noticias que sacas. (...) Sólo noticias contrastadas”.* (María Sahuquillo).

*“La prudencia debe ser un punto mayor en el periodismo sanitario que en el resto”.* (Ana Santiago).

## **Papel de los medios**

A la hora de establecer si el papel de los medios de comunicación fue el correcto durante la gripe A, seis de los nueve entrevistados deciden **no posicionarse**.

Para mantener esta opinión, se emplean tres argumentos principales: que todos los medios de comunicación tomaron decisiones tanto buenas como malas, que algunos medios actuaron como debían y otros no, y que se dieron

demasiados contenidos aunque estos fueran correctos. Y, todo ello, se resumen en que no se puede generalizar en el juicio del trabajo de los mismos:

*“Ha habido de todo (...).En términos generales el balance es bastante positivo, aunque hubo excepciones que no estuvieron a la altura de las circunstancias”. (Álvarez Guisasola).*

*“La relación con los medios de comunicación dependía del momento. Yo no te puedo decir ni que la relación fue buena, ni que fue mala, ni que fue regular”. (Maite Perea).*

*“No se transmitió mal (en cuanto al contenido y a las informaciones extraordinarias), pero sí exageradamente (demasiada cantidad de información)”. (Mª Jesús García).*

*“Tuvo un lado bueno y, en parte fue un desastre”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“Tuvieron un papel bueno y malo”. (Ana Santiago).*

*“Hubo medios de comunicación que obraron muy responsablemente y otros que obraron menos responsablemente”. (Ortiz de Lejarazu).*

Sólo una entrevistada categoriza el trabajo de los medios de comunicación como **incorrecto**. Ella asegura que, por lo general, no están preparados para dar correctamente las informaciones relacionadas por la salud; de lo que se deduce, por lo tanto, que tampoco lo estuvieron para dar las de la gripe A:

*“Por lo general, los medios de comunicación no están preparados para comunicar sanidad”. (Teresa Zurro).*

Y, en el extremo opuesto, encontramos dos personas que defienden que el trabajo de los medios fue **correcto**: María Sahuquillo y Trinidad Jiménez.

La periodista de *El País* sólo da argumentos a favor de la labor realizada por los medios durante la gripe A, como veremos cuando se presenten los argumentos a favor del trabajo mediático.

Y la ministra de Sanidad destaca, fundamentalmente, el aspecto positivo de su labor; al mismo tiempo que justifica las acciones de los medios frente a

las críticas. Así por ejemplo, frente a la acusación de que los medios colaboraron en la creación de alarma social, ella argumenta que lo único que hicieron fue hacerse eco de la **preocupación internacional** existente en países en los que la enfermedad tuvo repercusiones más graves que en España:

*“Es verdad que los medios de comunicación, por un lado se hicieron eco de todo lo que estaba ocurriendo a nivel internacional. Y a nivel internacional sí que hubo una grandísima alarma social. Yo lo veía en países como México y Estados Unidos que fueron los países más golpeados por el virus inicialmente. Pero después hubo mucho pánico en muchos otros países, yo recuerdo países donde se cancelaron eventos deportivos, etc...”* (Trinidad Jiménez).

A continuación presentamos los principales argumentos, facilitados por los entrevistados, **a favor** del trabajo realizado por los medios de comunicación durante la presencia del virus H1N1 en España:

#### 1. **Servicio social.**

Fue el argumento más utilizado por parte de los entrevistados para defender la labor de los periodistas mediáticos. Seis de los nueve entrevistados lo mencionan; pertenecientes, además, a todos los sectores: gabinetes, prensa, gestores y expertos sanitarios).

Prensa, radio y televisión ayudaron a que los mensajes de prevención, los consejos sanitarios y las instrucciones de buen uso de los servicios sanitarios llegaran a la población. Fueron el altavoz que los responsables sanitarios utilizaron para llegar al gran público de manera rápida y, en consecuencia, una herramienta de gran utilidad en el control de los contagios y de la expansión de la enfermedad:

*“Fueron la correa de transmisión para los mensajes que queríamos lanzar como gobierno como, por ejemplo, las cuestiones prácticas para la población”.* (Maite Perea).

*“Dieron a conocer las medidas de prevención. (...) Además, este tipo de mensajes se repetían una y otra vez”.* (Teresa Zurro).

*“El lector siempre quiere saber lo que tiene que hacer para no contagiarse, es una información que tenemos que dar para cumplir con nuestra labor social”. (María Sahuquillo).*

*“Se contó cómo prevenir, campañas de divulgación (por ejemplo, sobre la necesidad de ponerse dos vacunas: la de la gripe común y la de la gripe A...). (...) Fueron un apoyo a las consejerías de Sanidad y a Salud Pública”. (Ana Santiago).*

*“El papel de los medios se tiene que aprovechar como servicio social: llegan rápidamente a la población”. (Ortiz de Lejarazu).*

*“Pero, en general, los medios de comunicación (al menos en España) fueron un vehículo también para transmitir esa confianza que nosotros desde las autoridades sanitarias queríamos transmitir. Jugaron un papel de colaboración, sí” (Trinidad Jiménez)*

## **2. Labor de traducción.**

Como ya hemos mencionado en este mismo análisis, la información sanitaria es compleja y requiere o bien tener un elevado nivel de conocimientos científicos, o bien contar con alguien capaz de transmitir esos conocimientos con un lenguaje sencillo. Y los medios de comunicación, en muchas ocasiones, fueron los encargados de hacer esa labor de traducir las explicaciones científicas de los profesionales sanitarios, a palabras coloquiales que los ciudadanos (verdaderos destinatarios de los mensajes) fueran capaces de comprender y asimilar.

Este argumento fue defendido por las dos periodistas mediáticas entrevistadas. Ya que, como veremos más adelante, los periodistas de gabinetes de prensa también mencionan esta labor de traducción, pero se la atribuyen a ellos mismos y no a los periodistas de medios:

*“Los expertos sanitarios a veces utilizan un lenguaje demasiado complicado. Dan información que no se le puede pasar tal cual al lector porque no lo entiende. Nosotros les decimos: ‘a ver tú cuéntamelo como si se lo fueras a contar a tu madre’. (...) Nosotros, somos un medio de comunicación que no es especializado e intentamos llegar a un lector*

*medio que no solo lee noticias de sanidad. Por eso tenemos que hacer mucho esa labor de traducción". (María Sahuquillo).*

*\*\*"A veces tienes que bajar a uno niveles muy populares. Pero sin olvidar el rigor. (...) Esa labor depende también mucho del informante. A veces son buenísimos comunicadores y otras veces no saben bajarse de su mundo". (Ana Santiago).*

### **3. Defensa de los derechos de los ciudadanos.**

Ana Santiago, presenta un argumento más a favor del trabajo desempeñado por sus compañeros durante la gripe A. Ella asegura que los medios de comunicación son una herramienta que la sociedad tiene para hacer prevalecer sus intereses frente a los de los políticos:

*\*\*"Hay un derecho a estar informado. (...) Son una defensa. Los medios de comunicación pueden denunciar y, a veces los consiguen que los políticos se pongan las pilas". (Ana Santiago).*

Por otra parte estos son los argumentos, presentados por los entrevistados, **en contra** del trabajo realizado por los medios de comunicación durante la epidemia y pandemia de gripe A:

#### **1. Creación de alarma.**

Como ya se ha mencionado en el apartado especialmente dedicado a la alarma social que produjo en virus H1N1 en España, algunos de los entrevistados consideran que los medios de comunicación contribuyeron a generar un clima de alarmismo que no siempre estuvo justificado:

*\*\*"También contribuyeron a la alarma". (Maite Perea).*

*\*\*"Se publicaron titulares peligrosos: meter el miedo en el cuerpo no suele estar justificado". (Teresa Zurro).*

*\*\*"Se genera una alarma desbordada, exagerada". (Ana Santiago).*

*\*\*"Sacaron muchos "demonios": por ejemplo, cuando dijeron que las vacunas no era seguras. Y eso no era cierto". (Ortiz de Lejarazu).*



## 2. Exceso de información.

La gripe A fue un tema de presencia constante en los medios de comunicación desde la llegada de la enfermedad al territorio español (en abril de 2009), hasta la declaración del fin de la pandemia (en enero de 2010). Y este despliegue informativo no contribuyó a tranquilizar a la población.

Además, se siguieron criterios periodísticos fuera de lo habitual. Lo normal es que suceda algo y el editor decida cómo lo va a cubrir y qué espacio le dedica a esa noticia en función de su gravedad o interés. Pero con la gripe A las redacciones funcionaron de un modo distinto. Los medios tenían un espacio reservado de antemano para la gripe A y los periodistas tenían que llenarlo.

Esta postura fue defendida por la jefa de prensa del Ministerio de Sanidad de este modo:

*“No se transmitió mal (en cuanto al contenido y a las informaciones extraordinarias), pero sí exageradamente (demasiada cantidad de información). En los medios, la gripe A era una información que a los redactores jefes les gustaba y, por eso, motivaban a sus propios redactores a publicar sobre el tema. (...) El redactor normalmente es el que vende la noticia y, en este caso, estaba comprada de antemano. Tenían la página asignada antes de saber qué había pasado ese día”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Y reconocida también desde los medios de comunicación. En este caso en palabras de la periodista de *El Norte de Castilla*:

*“Cuando hay una alarma social de este tipo, pues los periodistas lo sacamos todo: lo que ocurría con la otra y lo que no ocurría”. (Ana Santiago).*

## 3. Búsqueda del morbo.

Este argumento es defendido por el equipo de la Consejería de Sanidad de Castilla y León, tanto por parte de su periodista, como de su jefa de prensa y su consejero. Afirman que las informaciones sobre la gripe A no siempre se dieron en el tono correcto:

*\*\*"Aquí se generó una competición entre provincias y entre medios provinciales sobre que tenía que haber muertos". (Álvarez Guisasola).*

*\*\*"Cuando surge una crisis sanitaria da morbo a los medios de comunicación y asusta a la población". (Teresa Zurro).*

*\*\*"Se 'amarilleó' demasiado la información (sobre todo al principio). Se trató este tema como se trata todo últimamente en los medios de comunicación, dándole un tono burlesco, hasta que el asunto se fue centrando". (Iñaki Pagazaurtundua).*

#### **4. Revelación de datos personales de los afectados.**

La historia clínica de los pacientes es privada y, por lo tanto, sólo ellos pueden revelarla.

Tal y como establece, en su artículo 11, el 'Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica':

*"La persona paciente es la titular del derecho a la información que sobre sus datos de salud constan en su historia clínica. Dichos datos de salud están sujetos al régimen jurídico de especial protección que establece la legislación sobre protección de datos, por lo que según la misma sólo podrán ser recabados, tratados o cedidos cuando, por razones de interés general, así lo dispone una Ley o la persona afectada lo consienta expresamente".*

Y, en consecuencia, los medios de comunicación deben mantener la privacidad de los enfermos y, en este caso, de los contagiados de la gripe A. Cuestión que, según Iñaki Pagazaurtundua, no siempre se hizo:

*\*\*"Nosotros decíamos por ejemplo "ha fallecido un varón de 86 años" y, por arte de magia, al día siguiente en el periódico aparecía "Pepito López, natural de Torrelobatón" y entrevistaban a toda la familia". (Iñaki Pagazaurtundua).*

## 5. Desconfianza de las fuentes oficiales.

La jefa de prensa de Castilla y León señala otro aspecto negativo del trabajo mediático durante la gripe A. Considera que los periodistas de los medios desconfiaban de la información que se les facilitaba desde los gabinetes de prensa. Se acusó a las fuentes oficiales de falta de transparencia y eso puede crear un clima de desconfianza entre la población y las instituciones que pone trabas al trabajo conjunto de la sociedad para enfrentar una situación de crisis.

Este aspecto no fue mencionado por parte de ninguna de las dos periodistas de prensa entrevistadas.

*\*"Pedían cosas que no se podían dar (como, por ejemplo, datos de la historia clínica de los afectados) y al no darlos nos acusaron de poco transparentes. (...) El medio de comunicación siempre piensa que la administración tapa algo en temas sanitarios". (Teresa Zurro).*

Otro aspecto destacable en relación con el papel de los medios de comunicación fue el nivel de **contraste y rigor** que presentaban las noticias publicadas durante la crisis sanitaria. Pero aquí encontramos opiniones enfrentadas entre los entrevistados.

Mientras que, por un lado, los gestores y expertos sanitarios consideran que los medios cayeron en contradicciones en sus argumentos, que no realizaron suficiente labor de investigación antes de dar ciertas informaciones y que presentaron datos y afirmaciones que incurrían en importantes errores científicos:

*\*"Se daban contradicciones. Los medios, en un momento determinado reclaman la vacuna para todo el mundo. Y cuando se hace un programa de vacunación, que yo creo que fue muy bueno, dijeron que se habían comprado muchas vacunas". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Los medios reflejan lo que hay en la calle pero, también, deberían aportar un valor añadido. Se debió hacer periodismo de investigación y de información ante temas como el de las vacunas y yo no lo vi. (...)*

*Hubo falta de conocimientos técnicos y científicos que daban lugar a críticas feroces sin fundamento". (Ortiz de Lejarazu).*

Por otro lado la periodista de *El País* asegura que su equipo se preocupó, en todo momento, de consultar con expertos y garantizar que el periodista que escribía cada noticia entendía todo lo que estos profesionales le había explicado antes de publicarla:

*"Se realizaba la labor de repreguntar a los especialistas, para comprender bien y también para detectar la noticia. Para no llegar a un error y poder explicarlo bien todo. (...) Además de los expertos que nos proporcionaba el gabinete de prensa del Ministerio, nosotros también teníamos el deber de buscar expertos independientes para contrastar y hacer entender la información". (María Sahuquillo).*

Varios de los entrevistados destacan, además, que el papel de los medios fue **evolucionando** a medida que avanzaba la enfermedad. Aunque aquí también encontramos dos argumentos opuestos. Mientras que el consejero de Sanidad de Castilla y León considera que los medios fueron mejorando su labor a medida que pasaban los meses y que supieron aprender de sus errores, su jefa de prensa afirma todo lo contrario:

*"Al principio hubo ciertos problemas y luego, a medida que la cosa fue avanzando y la gente se dio cuenta de lo que era el problema, yo creo que se comportaron bien". (Álvarez Guisasola).*

*"Cuando los medios se dieron cuenta de que la información no daba para más y que los sanitarios tenían la razón, no reculó ni rectificó ninguno". (Teresa Zurro).*

Por último, a modo de conclusión, tanto María Sahuquillo como Ortiz de Lejarazu aseguran que el papel de los medios de comunicación no fue más que aquel que **la sociedad** les pidió que desempeñaran. Mantienen que los medios son el espejo en el que se refleja cómo son los ciudadanos que los leen:

*"¿Dedicamos muchas páginas y por eso generamos más alarma? Es que los lectores querían saber y nosotros no podemos*

*responsabilizarnos de no darles la información que necesitan”.* (María Sahuquillo).

*”Los medios, al fin y al cabo, son un reflejo de la sociedad en la que están”.* (Ortiz de Lejarazu).

## **Papel de los gabinetes de prensa**

De las palabras de los entrevistados obtenemos los cuatro pilares sobre las que se sustentó el trabajo de los gabinetes de prensa durante la gripe A. Estos cuatro pilares, en los que coinciden la mayoría de las personas que han respondido a nuestras preguntas son: dar siempre noticias contrastadas, transparencia, realizar labor de traducción y controlar el ritmo informativo.

A continuación, pasamos a explicarlas en profundidad.

### **1. Noticias contrastadas:**

Como ya hemos señalado la comunicación sanitaria lleva intrínseca la responsabilidad a la hora de transmitir mensajes relacionados con un tema de elevada sensibilidad social, como es la salud. Y por eso el equipo de prensa del Ministerio de Sanidad señala, en sus declaraciones, la necesidad de asegurarse completamente de que una información es correcta antes de transmitirla.

Una manera óptima de garantizar el rigor de una noticia de carácter científico es consultar las dudas con los profesionales de la salud que tienen conocimientos amplios sobre el tema. Y así lo señalan:

*”Cualquier información que se emita desde una administración pública sanitaria tiene que estar totalmente contrastada y confirmada”.* (Maite Perea).

*”Recibíamos la pauta de los expertos, rehacer el texto y volvérselo a mandar al científico. De tal manera que él era el que tenía la última palabra sobre si lo que nosotros habíamos escrito era correcto. Así se hace la divulgación, evitando las incorrecciones y las imprecisiones”.* (M<sup>a</sup> Jesús García).

## 2. Transparencia:

Por otro lado, el papel principal de los gabinetes de prensa es actuar como intermediarios entre el origen de las noticias sanitarias (científicos, profesionales sanitarios, hospitales, centros de salud, pacientes en tratamiento, etc) y los encargados de difundir esa información a la sociedad (los periodistas de los medios de comunicación).

Y para poder hacerlo de manera eficiente es fundamental que todos los grupos implicados confíen en ellos. Si los periodistas piensan que se les está engañando o que se les está ocultando información, el trabajo de los gabinetes de prensa fracasa. Y, en consecuencia, la transparencia es un aspecto clave que debe estar siempre presente en todas sus acciones.

La jefa de prensa del Ministerio de Sanidad explica, con estas palabras, esa labor de intermediación:

*“El trabajo de un gabinete de prensa consiste en ser intermediario y no estar en un lado o en el otro. Eres periodista y sabes qué quieren los medios de comunicación (qué buscan, cuál es su ritmo, sus necesidades...). Buscas punto de equilibrio entre los expertos y los medios”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Y, si nos basamos en las afirmaciones del consejero de Sanidad de Castilla y León, de la ministra de Sanidad y de la periodista de *El País*, deducimos que durante la gripe A sí que se mantuvo la transparencia en los dos gabinetes de prensa analizados en este estudio. Contando además con el hecho de que ninguna de estas personas formó parte directa del equipo de dichos gabinetes y, por lo tanto, pueden ser más objetivos que las personas implicadas directamente en ellos.

Por una parte, los gestores sanitarios reconocen que su equipo de comunicación nunca ocultó datos y, por otra, la persona que recibía esos datos (una periodista de medios) lo confirma:

*“La administración no oculta los muertos, la administración no ocultó nunca nada. Por supuesto se dieron los datos que nosotros consideramos que era precisos. (...) Yo creo se hizo todo muy bien y*

*que siguieron el tema de una forma muy estrecha, atendiendo continuamente las demandas de los medios de comunicación". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Por lo tanto, transparencia absoluta. Eso fue clave, transparencia". (Trinidad Jiménez).*

*\*"Se hizo un ejercicio de transparencia: hubo muchísimas ruedas de prensa, muchísimos comunicados... Además, el gabinete de prensa nos puso con todos los expertos que necesitamos". (María Sahuquillo).*

### **3. Labor de traducción:**

Como ya hemos dicho los periodistas (de cualquier sector) son los encargados de traducir los mensajes que los profesionales especializados quieren transmitir, a un lenguaje menos especializado que cualquier persona de la calle pueda comprender. Porque de lo contrario, el mensaje no llegaría a la sociedad y esto es, al fin y al cabo, la meta del trabajo periodístico.

Sin embargo, como también hemos indicado con anterioridad en este estudio, en el caso de la gripe A hay disparidad de opiniones sobre quienes fueron, en ese caso, los que realizaron esta labor.

Cuando se preguntó a los entrevistados por el papel de los medios de comunicación durante la enfermedad, fueron Ana Santiago y María Sahuquillo las que subrayaron que fueron los periodistas de medios los que actuaron como traductores. Y en este apartado, al plantear la pregunta sobre cuál fue el papel desempeñado por los gabinetes de prensa en la crisis sanitaria, fueron los periodistas institucionales los que se adjudican este trabajo de traducción:

*\*"En algunos aspectos tenemos que hacer de traductores. No es lo mismo contar una cosa a un grupo de médicos, que contárselo al resto de la gente que no tiene familiaridad con los términos. (...) Tenías que explicar a los medios cosas que normalmente no trataban". (Maite Perea).*

*\*"Hacer la traducción entre lo que la ciencia dice y la divulgación: si uno quiere que lo entiendan tiene que hablar en el lenguaje general de la calle, no en el de la ciencia". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*“Tenemos que hacer de traductores o de manipuladores, entre comillas, de la información para que las expresiones técnicas las puedan entender, nuestros padres por ejemplo”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

#### **4. Control del ritmo informativo:**

Fue otro de los puntos importantes en la gestión comunicativa de la gripe A desde las instituciones sanitarias. Y las decisiones tomadas a este respecto, fueron evolucionando a medida que lo hacía también la propagación del virus H1N1 y los conocimientos sobre el mismo. La relevancia del mismo se observa en esta frase de la jefa de prensa del Ministerio de Sanidad:

*“Manejar los tiempos: esa es la clave de la comunicación”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

En un primer momento, la sociedad se enfrentaba a algo desconocido que llegaba a España con titulares bastante negativos procedentes tanto de América como de las declaraciones por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Y eso generó incertidumbre y temor, sentimientos que hacían que la demanda de información, tanto por parte de los periodistas como de los propios ciudadanos fuera grandísima. En esta primera etapa los periodistas de los gabinetes tenían que saciar esa demanda logrando que los expertos sanitarios facilitaran los datos de la manera más inmediata posible:

*“Hay que buscar una sincronía entre ambos ritmos: la de la ciencia (que es pausada, moderada, precisa) y la de los medios (que es la agilidad, el vértigo, la inmediatez)”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Pero, según fue avanzando la enfermedad y se fue comprobando que no era tan virulenta como se preveía inicialmente y que los contagios se generalizaban (hasta alcanzar el nivel de pandemia), fue necesario reducir el ritmo informativo por dos motivos: la publicación constante de datos sobre los afectados se hizo innecesaria y para reducir, progresivamente, el nivel de alarma social.

Y los responsables de reducir esta intensidad fueron los gabinetes de prensa. Si ellos no facilitaban tantos datos, no se publicaban:



*\*\*"Los gabinetes tienen que 'bajar el balón al suelo', es decir, que los medios racionalicen algunas situaciones". (Maite Perea).*

Esta evolución del ritmo informativo se observa muy bien en las explicaciones facilitadas por los miembros del gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad de Castilla y León:

*\*\*"El Plan de Comunicación se cambió varias veces. Empezamos dando comunicados por la mañana y por la tarde. Pero cada vez había más casos y no podíamos estar dando comunicados mañana y tarde porque aquello alertaba. Para bajar la presión, lo único que se podía hacer era reducir el número de comunicados. Y así, paulatinamente, se fue pasando a un comunicado al día, una vez cada dos días, una vez a la semana... Al final de la gripe A se llegó a dar, simplemente, la tasa de contagiados y fallecidos, al igual que se ha hecho siempre con la gripe estacional". (Teresa Zurro).*

*\*\*"La estrategia evolucionó: empezamos muy tensos y muy desbocados y la cosa se fue reconduciendo. Al final las estadísticas de víctimas y contagiados se daban de manera semanal". (Iñaki Pagazaurtundua).*

Otro aspecto de la comunicación institucional, menos mencionado en las entrevistas, pero que también formó parte del papel de los gabinetes fue la **coordinación** existente entre los periodistas de los mismos y los expertos sanitarios. Señalando, además, que esta coordinación debía ser bidireccional: los gabinetes contaban con los expertos pero, estos últimos, también tenían que contar con las opiniones de los periodistas antes de facilitar información:

*\*\*"Antes de hablar con un medio de comunicación, avisaba al gabinete de prensa de la Junta de Castilla y León para coordinar la información. Porque no hay nada peor que la información descoordinada". (Ortiz de Lejarazu).*

En definitiva, el papel de los gabinetes de prensa durante la gripe A era que los mensajes llegaran a la población. Pero que llegaran sólo los mensajes correctos y de la manera y en el momento más adecuados:

*\*"Esa es la misión principal: que los mensajes lleguen. Si no llegan es que no estás haciendo bien tu trabajo. Los gobiernos tienen que mandar mensajes para que la población se prevenga". (Maite Perea).*

Y, para garantizar que los mensajes llegaban no sólo se utilizaron los medios de comunicación. También se recurrió (sobre todo en el caso de la transmisión de consejos preventivos) a la **publicidad**:

*\*"No sólo se utilizaron los medios de comunicación para transmitir los mensajes, también se pagaron spots publicitarios, se hizo cartelería..." (Álvarez Guisasola).*

*\*"También se hizo una campaña publicitaria para recordar a la gente los consejos que había que seguir para evitar el contagio". (Maite Perea).*

Todo lo explicado en este apartado se resume en esta explicación esquematizada, del periodista del gabinete de prensa castellano y leonés, sobre el trabajo diario que realizó su equipo durante la gripe A:

*\*"Aunque las bases de actuación ante una crisis son siempre las mismas: identificar el hecho a comunicar, seleccionar portavoces, decir siempre la verdad y, si es posible, adelantarse a las peticiones de los medios. Las bases de la estrategia utilizada fueron: protocolos de actuación, coordinación con otras administraciones y continua atención a la información diaria para adelantarnos a las cuestiones que sabíamos que nos iban a plantear los medios. Tener previsto todo lo posible teniendo en cuenta que una pandemia es imprevisible y no sabes hacia dónde va a ir". (Iñaki Pagazaurtundua).*

## **Trabajo cotidiano de los gabinetes de prensa sanitarios**

El trabajo diario de un gabinete de prensa sanitario viene marcado por su ritmo elevado, por la cantidad de información que maneja, por la dependencia de la actualidad y por la necesidad de que sus periodistas estén disponibles en cualquier momento del día para actuar frente a lo que pueda pasar.

Estos son los cuatro puntos más destacados por los entrevistados. Señalando, eso sí, que todas las personas que hablaron sobre este punto en sus entrevistas fueron precisamente los cuatro periodistas que trabajan en gabinetes de prensa.

La salud es un tema que evoluciona y cambia rápidamente. Los tratamientos de las enfermedades avanzan, surgen otras nuevas, las epidemias evolucionan, los investigadores descubren nuevos hitos... Y, sobre todo, la sensibilidad social por este tema hace que, cuando surge un problema o una crisis sanitaria, las administraciones deban reaccionar de manera inmediata y aportar soluciones rápidas. Y de ahí que el **ritmo de trabajo** de las personas encargadas de gestionar toda esta información sea intenso:

*“El día a día es bastante frenético”. (Maite Perea).*

*“El día a día es como una montaña rusa: trepidante y difícil”. (Teresa Zurro).*

*“Es bastante divertido y bastante intenso”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

La jefa de prensa del Ministerio de Sanidad comparte la opinión de sus compañeros de que el ritmo de su trabajo es frenético; pero no los motivos que la llevan a esta afirmación. Mientras que los tres periodistas mencionados señalan este aspecto como una característica propia de los gabinetes de prensa, ella indica que lo es del periodismo en general (se desarrolle donde se desarrolle):

*“Muy agitado pero como en todos los medios de comunicación. Ahora la información, es vertiginosa”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

La sanidad está, además, relacionada con otros muchos aspectos de la actualidad: asuntos médicos, políticos, sociales, demográficos, epidemiológicos... Por lo que abarca un campo de acción muy amplio que hace que la **cantidad de información** diaria que se genera al respecto sea enorme:

*“Siempre hay un volumen de trabajo muy grande porque la sanidad preocupa mucho a la gente y, entonces, casi todos los medios de comunicación dedican un espacio propio a este tema. (...) Se maneja*

*una gran cantidad de información y teníamos una demanda altísima de la misma". (Maite Perea).*

*\*"Desde que llegas hasta que te vas hay mucho movimiento y mucha llamada". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Además, la información sanitaria **depende de la actualidad**. Aunque hay campañas de comunicación que pueden planearse, como por ejemplo las campañas de vacunación que se hacen cada año o el comienzo de las medidas sanitarias especiales para el verano o la época de recogida de setas o caza, la mayoría de las noticias relacionadas con la salud surgen de manera inesperada. La aparición de un nuevo virus, el surgimiento de un contagio infantil en un colegio, las intoxicaciones alimentarias, un problema asistencial en un hospital, etc... son cosas que no pueden saberse por adelantado:

*\*"Uno prepara lo que quiere comunicar y se le cruzan otras informaciones en el camino que son por las que te preguntan". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*\*"Hay muchas rutinas. Pero, generalmente, la actualidad nos sobrepasa". (Iñaki Pagazaurtundua).*

Y, en consecuencia, los periodistas que trabajan en los gabinetes de prensa sanitarios no pueden limitarse a actuar dentro de un horario de oficina. Tienen que **estar disponibles** si surge una crisis:

*\*"El trabajo es constante, nunca se acaba". (Maite Perea).*

*\*"Es un gabinete que te necesita las 24 horas del día". (Teresa Zurro).*

Finalmente, la jefa de prensa de Castilla y León explica que precisamente esta disponibilidad total, la velocidad con la que surgen las noticias y la sensibilidad social que generan los temas sanitarios, hacen que las **críticas** sean mayores:

*\*"Esta disponibilidad implica que siempre hay fallos. (...) La sanidad nunca está a gusto de todos". (Teresa Zurro).*

## Relación entre los medios y los gabinetes de prensa

Los periodistas entrevistados coinciden a la hora de señalar cuál es el problema principal de la relación entre los medios de comunicación y los gabinetes de prensa: tienen **objetivos diferentes**. Lo que hace que, en ocasiones, haya información que los medios solicitan y los gabinetes de prensa no pueden facilitar.

*“Cuando se trabaja en el gabinete de prensa de un gobierno la relación con los medios de comunicación es siempre complicada”. (Maite Perea).*

Los periodistas del gabinete de prensa de Castilla y León aseguran que los únicos datos que no se facilitaron a los medios durante la gripe A fueron aquellos que, o bien la **comunidad científica** o sanitaria no quiere dar, o bien aquellos que vulneran el **derecho a la intimidad** de los pacientes:

*“El periodista siempre quiere saber mucho más de lo que la comunidad sanitaria le quiere contar y entonces es ahí donde hay un tira y afloja entre los tenemos que dar la noticia y los que la demandan”. (Teresa Zurro).*

*“Nuestra misión era dar la menor información posible sobre los pacientes y los medios quieren obtener cuanto más detalles mejor. Así que, aunque nosotros no diéramos según qué información, siempre los datos acaban saliendo por alguna otra fuente”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

Mientras que la periodista de *El Norte de Castilla* que trabajó con ellos señala a otro motivo como razón principal por la que los gabinetes de prensa niegan cierta información: los **intereses políticos**. Y, por lo tanto, asegura que aunque su relación con el gabinete de la Consejería de Sanidad “*no fue mala*”, los periodistas de gabinete tienden a dar prioridad a proteger al personal y a los intereses políticos de su institución, frente al derecho a la información de los ciudadanos:

*“La relación fue desigual, pero no fue mala. (...) Los objetivos son diferentes. Los periodistas de gabinete tienen asumida, no sé si con razón o sin ella, una labor de defensa del político de turno. Y a veces*

*eso olvida el derecho a la información de la otra parte. Pero al final terminan dándote la información que pides". (Ana Santiago).*

El hecho de que haya ocasiones en las que los medios de comunicación solicitan datos que los gabinetes de prensa no quieren o no pueden dar, hace que aparezca la **desconfianza**.

Los medios piensan que ante una crisis, como la sucedida con el virus H1N1, los gabinetes de prensa ocultan información para minimizar el impacto de la misma en la gestión de sus representados (tal y como señalaba Ana Santiago). Y los gabinetes se quejan de que los medios desconfían de su palabra innecesariamente y eso hace que tengan que dedicar más tiempo en justificar su labor que en realizarla. En esto coinciden tanto en Madrid como en Castilla y León:

*\*"Tienes que estar continuamente justificando las acciones. Te da la sensación de que tienes que estar defendiéndote más que explicándote".*  
(Maite Perea)

*\*"La alarma creo desconfianza 'de los que saben'. Y continuamente te estabas dando de bruces, viendo que nadie te creía y que a la sociedad llegaba antes el titular de alarma que el mensaje de tranquilidad".*  
(Teresa Zurro).

Sin embargo, la periodista de *El País* no observó este clima de desconfianza y da una versión contraria. Ella afirma que no se ocultó ningún tipo de información y que la gestión de los gabinetes de prensa de la comunicación relacionada de la gripe A fue totalmente **transparente**:

*\*"La relación con ellos fue buena porque fue una crisis bastante transparente: había información al día sobre todo. Ellos nos respondían a todo lo que les preguntábamos".* (María Sahuquillo).

Por su parte las periodistas de los medios de comunicación señalan otro punto clave en su relación con los gabinetes de prensa que los periodistas de éstos no mencionan. Los medios hicieron, durante la crisis sanitaria, de **altavoz de los mensajes que las instituciones querían hacer llegar a la población**:

*\*\*"Los medios fueron un apoyo a las consejerías de Sanidad y a Salud Pública a la hora de divulgar consejos, campañas..." (Ana Santiago).*

*\*\*"Nosotros dimos muchas noticias de la gripe A, porque somos el altavoz de lo que nos llega. Y si los expertos y las autoridades sanitarias (no solamente españolas, sino de máximo nivel como la OMS) nos están hablando de que hay una crisis sanitaria, nosotros se lo tenemos que contar a nuestros lectores. (...) Desde las autoridades sanitarias no se nos pidió ayuda pero yo creo que no había necesidad de pedirlo. Contábamos los consejos que daba el Ministerio de Sanidad en rueda de prensa y también lo hacíamos por iniciativa propia". (María Sahuquillo).*

Lo que fue posible, asimismo, por el **contacto continuo** existente entre los periodistas de ambos sectores. La correcta y constante comunicación entre los gabinetes de prensa y los medios es la base para que la información que llega a los ciudadanos sea lo más completa posible. Y, según la periodista del Ministerio de Sanidad, esta relación de cercanía sí que se dio durante la gripe A:

*\*\*"Permanente contacto. Hubo atención absoluta a los medios de comunicación; permanentemente". (Maite Perea).*

Posición que confirma, a su vez, la ministra de Sanidad para la que trabajaba. Ella explica que, sobre todo en el momento inicial de la crisis sanitaria, su contacto (y el de su equipo) con los medios de comunicación era permanente. Su manera de trabajar se basó en la **disponibilidad absoluta**:

*\*\*" Yo normalmente, los primeros días, hacía una rueda de prensa al día o dos, me ponía al teléfono con cualquier medio (...)Al principio de la crisis, hablaba con los redactores, hacía ruedas de prensa, acudía a programas de televisión... Y mi gabinete de prensa estaba permanentemente hablando". (Trinidad Jiménez).*

Finalmente, hay que subrayar un punto importante en el que la relación entre los medios y los gabinetes de prensa **difiere** del ámbito nacional al autonómico.

La Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León decidió hacer una **reunión** con los directores de los medios de comunicación de la Comunidad tras la llegada del virus H1N1 a España, con el fin de pedirles su colaboración y presentarles su estrategia de comunicación. Y, tanto el consejero de Sanidad como su jefa de prensa lo reconocen sin problemas, a pesar de que ambos destacan que el resultado de esta reunión, celebrada en Valladolid, fue negativo.

Ambos señalan que quedaron decepcionados con la actitud de algunos medios y afirman que hizo que sólo aumentara la desconfianza de los periodistas frente a ellos. El mensaje de prudencia que se quiso transmitir desde las instituciones se entendió como un aviso de que se iba a ocultar información:

*\*" Yo me reuní con todos los directores de los medios de comunicación, para informarles, pedirles que fueran prudentes con las noticias y explicarles que había datos que yo no iba a dar porque me parece que dar según qué cosas es violar la deontología y el secreto médico. (...) Y en esa reunión, en la que tengo que decir que la mayoría de la gente estuvo muy receptiva, hubo un director de un periódico (que no voy a citar) con el que tuve que llegar a enfadarme, porque me hablaba del derecho a la información. (...) ¡Hay cosas que no se pueden decir! Porque están dentro de la privacidad de las personas". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Cuando empezó todo, nosotros decidimos trasladarles nuestra estrategia de comunicación a los responsables de los medios. El consejero de Sanidad convocó una reunión con todos los directores (... Y debo de decir que el resultado de aquella iniciativa me sorprendió para mal, no para bien. Hubo un grupo de periodistas que, por supuesto, tenían las ideas claras. Pero hubo otro grupo que pedían cosas que no se podían dar (como, por ejemplo, datos de la historia clínica de los afectados) y, aprovecharon la reunión para acusarnos de poco transparentes. (...) Para mí fue una reunión triste. (...) Y yo creo que no obtuvimos una respuesta positiva por parte de los medios de comunicación. Todo lo contrario". (Teresa Zurro).*



Sin embargo, al tratar este mismo punto con los entrevistados del Ministerio de Sanidad encontramos una **contradicción** entre las declaraciones del gabinete de prensa (en palabras de su periodista Maite Perea) y de su representado (la ministra).

Por un lado, Perea explica que en Madrid se optó por no establecer ninguna línea fija de actuación para la comunicación con los medios.

*“No se hizo ninguna reunión especial para marcar nada. (...) No se estableció ninguna línea informativa”. (Maite Perea).*

Mientras que Trinidad Jiménez afirma justo lo contrario:

*“¡Me reuní con los directores de los principales medios de comunicación! O sea, ¡para que nos hagamos una idea!” (Trinidad Jiménez).*

Por último, la ministra de Sanidad destaca también un punto importante del papel de los gabinetes de prensa durante la gripe A: eran el punto de **conexión entre los medios y los expertos sanitarios**. Los periodistas de los gabinetes facilitaban que la opinión de los profesionales en epidemiología y salud pública llegara al público a través de los periódicos, radio y televisión; al mismo tiempo que se aseguraban de que los periodistas tuvieran las mejores explicaciones posibles para que supieran transmitir los mensajes correctos. Cuanto mejor conozca un tema un periodista, mejor lo contará:

*“Y ellos no solamente hablaban, sino que facilitaban contacto con directores generales, subdirectores generales que eran, a su vez, expertos en salud pública. (...) Había una comunicación de especialistas y de expertos permanente. Que no siempre era pública, a veces podía ser privada para que los medios de comunicación también entendieran, a veces, lo que estábamos haciendo y por qué”. (Trinidad Jiménez).*

## **Papel de los representantes políticos**

Las opiniones sobre cómo fue el papel de los representantes políticos durante la crisis sanitaria de la gripe A, varían de unos sectores a otros.

Aunque ninguno de los entrevistados presenta una posición rotunda al respecto.

Las dos periodistas de medios expresaron una postura intermedia, en la que dejan entrever que hubo cosas que se hicieron bien y otras no tanto y que, en consecuencia, **no se puede hacer un juicio cerrado sobre su actuación.**

La representante de *El País* afirma que los representantes políticos actuaron en función a lo que se sabía en cada momento. Como ya hemos señalado en otros apartados, la gripe A era una enfermedad desconocida y las decisiones se tomaban con el fin de evitar el mal mayor:

*“Yo no te sabría decir ahora si las autoridades actuaron bien o mal. Las autoridades en esos momentos tampoco sabían a lo que enfrentaban. Y optaron por prevenir”. (María Sahuquillo).*

Y la periodista de *El Norte de Castilla* ofrece dos explicaciones contradictorias que hacen que su postura tampoco quede muy bien definida. Por un lado, afirma que su opinión de los representantes políticos en general no es positiva, alegando que se preocupan más de sus intereses personales que de los sociales; y por otro lado, asegura que el papel concreto desempeñado por los representantes de las instituciones sanitarias durante la gripe A fue, según sus palabras, “*mejor de lo esperable*”:

*“Quizás tenga una visión un poco negativa de ellos. Normalmente a los políticos les preocupa más la imagen que dan que lo que realmente está ocurriendo. Pero el papel de portavoces de Guisasola y Jiménez fue mejor de lo esperable. Quizás porque Guisasola tenía una larga formación como médico, y también por las características de Trinidad Jiménez.” (Ana Santiago).*

Por su parte el director del Centro Nacional de la Gripe subraya un aspecto concreto en el que, según su opinión, los representantes políticos no actuaron con corrección:

*“La información que se ha dado desde muchos estamentos políticos, sobre las vacunas, fue desafortunada”.*

Pero no hace un juicio global de su papel, por lo que tampoco presenta una postura concluyente.

En lo que sí que coinciden varios de los entrevistados es en la importancia que tuvieron los representantes políticos en su papel de **portavoces** durante la crisis. Eran la cara visible de las instituciones, ponían rostro a la información.

Y esto, especialmente en el ámbito nacional, ayudó a dar una imagen de transparencia comunicativa. Los portavoces institucionales eran requeridos, fundamentalmente, para comparecer ante las decisiones que afectaban a todo el país:

*“Las administraciones tenían sus propios portavoces”. (Ortiz de Lejarazu).*

*“Que la gente viese que no se estaba ocultando nada y que se estaba dando la cara permanentemente a través de los portavoces (la ministra, el secretario general de Sanidad, el director general de Salud Pública... (...)) Hubo una época de intervención diaria, de la ministra además... ¡una barbaridad!” (Maite Perea).*

*“En la primera rueda de prensa: compareció la propia ministra explicándolo todo y fue un ejercicio de transparencia”. (María Sahuquillo).*

*“Los medios recurrieron a mí en alguna ocasión. Sobre todo en las cuestiones relacionadas con temas nacionales. Por ejemplo, cuando se presentó el envasado del Tamiflú en la farmacia de Burgos acudieron medios nacionales y te preguntaban. También al salir de los Consejos Interteritoriales”. (Álvarez Guisasola).*

## **Papel de los expertos sanitarios**

Tanto desde el Ministerio de Sanidad como desde la Consejería de Sanidad de Castilla y León coinciden en explicar que ellos tenían **un grupo de expertos sanitarios seleccionado** y concreto, en el que confiaban y al que acudían cuando necesitaban **tomar decisiones** respecto a la gripe A:

*“La toma de decisiones siempre estuvo basada en propuestas científicas, propuestas de expertos. A mí no se me ocurrió nunca tomar una decisión política. Siempre hice caso de las recomendaciones”.* (Trinidad Jiménez).

Estos expertos no eran escogidos al azar y tenían contaban con la total confianza de las instituciones sanitarias. Eran personas de prestigio, cuyas opiniones eran fiables y a las que los gobiernos sabían que podían recurrir si la crisis sanitaria empeoraba.

En el caso del Ministerio se contó, fundamentalmente, con los expertos en Salud Pública del propio equipo del Ministerio. Y también con los profesionales del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

*“Nosotros a los técnicos los teníamos en casa: teníamos también un pull de científicos, dentro del Comité de Salud Pública del Ministerio, que podían ayudar con la parte científica. (...) Nosotros no podemos responder por cualquier experto, sino por los expertos que consideramos solventes. Teníamos, además, el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) que también es otro referente”.* (Maite Perea).

*“Teníamos un comité de expertos muy bueno, dirigido por el director general de Salud Pública que era un experto epidemiólogo y que era, a su vez, presidente de la Sociedad Internacional de Epidemiología. Gente muy, muy buena, que eran los que nos asesoraban en la toma de decisiones”.* (Trinidad Jiménez).

Y la Consejería castellano y leonesa optó por crear un comité especial, formado para la gestión de la gripe A, en el que estuvieran representados todos los sectores científicos de la Comunidad cuyo trabajo estaba relacionado, de algún modo, con esta enfermedad.

Ese Comité nació además con espíritu multidisciplinar. Es decir, en él también había representantes de otros sectores (como el educativo o el de la asistencia social) que también podían verse afectados por el virus H1N1. El objetivo era que, en el caso de tener que tomar decisiones difíciles, estas fueran apoyadas por los responsables de todos los grupos sociales afectados:

*\*\*"Se creó un comité en el que estaban representados la Delegación del Gobierno, los servicios territoriales y las consejerías de Familia, Educación y Sanidad. Y, además, se creó un comité de expertos en el que estaban representantes de las UVI de Castilla y León, de los departamentos de medicina interna, de microbiología y algún otro experto de fuera de la Comunidad como el doctor Badiola. La función de este comité, que se convocó dos veces era poder reunirles si en algún momento había que tomar decisiones muy duras o muy drásticas que, gracias a Dios, no hubo que tomar ni en Castilla y León ni en España".* (Teresa Zurro).

Castilla y León disponía, además, de otro organismo científico que desempeñó un papel muy relevante durante la gripe A: el **Centro Nacional de la Gripe**, cuya sede está en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Esta entidad actuó de referente para todo el país y sirvió para resolver muchas dudas que surgieron, tanto entre los gestores como entre los periodistas, durante la crisis sanitaria. Su labor fue destacable y así lo señalan varios de los entrevistados:

*\*\*"Valladolid cuenta con un Centro Nacional de Gripe con microbiólogos de gran renombre como, por ejemplo, Raúl Ortiz de Lejarazu. Nos llamaban de otras autonomías para pedir entrevistas con estas personas dado su gran nivel profesional y prestigio".* (Iñaki Pagazaurtundua).

*\*\*"Aquí tenemos el centro de referencia de gripe del Clínico (que es nacional) que facilita información sin ningún problema".* (Ana Santiago).

*\*\*"En España, el grupo de vigilancia de la gripe lleva trabajando más de veinte años".* (Ortiz de Lejarazu).

Y precisamente el director del mencionado centro nos explica cuál fue el papel de los expertos sanitarios, **desde el punto de vista científico**, durante la gestión de la gripe A.

Los expertos eran los encargados de averiguar qué es lo que estaba sucediendo exactamente. Ellos son los que recopilan los datos epidemiológicos sobre la enfermedad y los responsables de ir analizando cómo evoluciona ésta.

Y, por lo tanto, son los poseedores de la información exacta (tasa de contagios, de la virulencia del virus y de la evolución de la misma...) sobre la que, después, hay que tomar las decisiones.

Ellos hacen de puente entre la realidad de la gripe A y las personas que la gestionan, responsables políticos y personal sanitario:

*“Ahora prácticamente todas las comunidades autónomas tienen un centro que les dice lo que ha ocurrido la semana anterior. Y esos datos (a través de las páginas web) son accesibles tanto para el gran público, como para los médicos. (...) Cuando existen sistemas de vigilancia que comunican lo que está sucediendo, los médicos pueden clasificar mejor a los enfermos y se eliminan gastos innecesarios: tratamientos, analíticas ingresos innecesarios...”* (Ortiz de Lejarazu).

Pero los expertos sanitarios no sólo formaron parte de la toma de decisiones, sino que también tuvieron un **papel en la comunicación de la crisis sanitaria**. Los medios de comunicación querían hablar directamente con ellos y acercar sus opiniones, que estaban basadas en evidencias científicas, a la población. Además, sus palabras servían también para afianzar la credibilidad de los mensajes transmitidos por las instituciones sanitarias, ya que a ellos no se les acusaba de moverse por intereses políticos, sino científicos.

Por todo esto, estuvieron presentes en las noticias sobre la gripe A. Aunque **no fueron portavoces**, papel que les perteneció a los responsables gubernamentales:

*“Yo sí que hablé con los medios pero nunca fui portavoz. Siempre que he hablado con los medios ha sido a título personal”.* (Ortiz de Lejarazu).

Y, por norma general (según las opiniones de los entrevistados), existió una **buena relación** entre los expertos sanitarios y los periodistas.

Esto fue posible gracias a dos cosas. En primer lugar a que los expertos sanitarios han aprendido a **confiar en los periodistas de los gabinetes de prensa**. No les ven como el enemigo, sino como un miembro más de su propio equipo, con el que deben colaborar porque tienen objetivos comunes:

*“Lo más importante de todo fue el trabajo imbricado de los profesionales de la salud y los profesionales de la comunicación. Nunca hubiéramos hecho un trabajo de comunicación al margen de ellos. Ellos también se dejaron guiar y asesorar por nuestras opiniones (sobre cuándo, cómo y de qué manera mandar esos mensajes)”. (María Jesús García).*

*“Relación prensa-expertos: es, en general, buena. Se han dado cuenta de que también de que los periodistas somos necesarios. Cosa que, hace años, no era así. Ahora ya nos ven como parte del engranaje y como un buen mecanismo para contar sus asuntos. Colaboraron en todo momento”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

Y, en segundo lugar, gracias también a que la confianza en que los **medios de comunicación no van a tergiversar sus palabras**. Esto se logra, sobre todo, cuando los expertos sanitarios conocen al periodista con el que están hablando. Si es un periodista que suele escribir sobre sanidad, que ya les ha entrevistado en otras ocasiones con buenos resultados o cuyo nombre es conocido entre la comunidad científica, es más sencillo que el experto confíe y se muestre accesible. Y así lo explican las dos periodistas de los periódicos analizados en este estudio:

*“Relación buena porque ya nos conocen. Pero el mundo médico y científico a veces tiene reticencias a la hora de hablar porque siempre piensan que lo que ellos explican no va a ser trasladado exactamente igual. A lo mejor lo que ellos no consideran que es noticia, tú sí”. (María Sahuquillo).*

*“Al investigador le gusta que se sepa lo que hace. Aunque son siempre muy prudentes. Tratan de no anunciar algo que puede tardar mucho años en llegar a la calle. (...) A veces tienen una cierta reticencia la primera vez que te conocen. Pero una vez que lo han hecho una vez y te han contado algo, son ellos mismos los que te suelen llamar”. (Ana Santiago).*

No obstante, esta confianza no existe siempre y hay dos motivos por los que la relación entre los expertos sanitarios y medios puede estropearse.

Por un lado, el hecho de que los entrevistados pidan a los periodistas les muestren el texto redactado antes de su publicación para comprobar que todo lo escrito es correcto. Lo que puede molestar a los responsables de los medios de comunicación:

*“Yo en algún caso pedí ver la entrevista antes de publicar. No lo hice siempre y, en algún caso, lo lamenté. También, al pedirlo, algunos medios me decían que no tenían por costumbre enseñar las entrevistas y yo les contestaba que, entonces, yo no tenía la costumbre de hablar con personas que no aceptaban mis condiciones”. (Ortiz de Lejarazu).*

Y, por otro lado, la idea de algunos periodistas de que los expertos sanitarios están controlados por los poderes políticos y que, dependiendo de quién ocupe el cargo de ministro o consejero, serán más accesibles o menos. Así lo explica Ana Santiago:

*“Hay temporadas. Según legislaturas. Según los mandatos que tengan de arriba. Normalmente son accesibles”. (Ana Santiago).*

No obstante, está claro que los expertos sanitarios desempeñaron un papel importante durante la gestión de la crisis sanitaria de la gripe A. Aunque hay variedad de opiniones a la hora de **valorar este papel**.

Hay quien lo califica de muy positivo:

*“El trabajo de los profesionales sanitarios fue impecable”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Y hay quien los acusa de ser culpables de alguno de los puntos más polémicos de la crisis, como fue el tema de las vacunas:

*“La mala utilización mediática del tema de las vacunas, realizada sobre todo por algunos profesionales de la medicina, ha tenido repercusión luego en otras vacunaciones”. (Álvarez Guisasola).*



## Papel de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Tres de los cuatro periodistas de gabinetes de prensa entrevistados consideran que la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue uno de los principales causantes de la **alarma social** que acompañó a la gripe A.

Afirman que los mensajes que lanzó esta entidad, sobre todo al comienzo de la enfermedad, asustaron a la población y que se generó un estado de temor generalizado que, posteriormente, se comprobó que no estaba justificado:

*“Muchos de los momentos de crisis vinieron por la OMS y por los mensajes que lanzaba”. (Maite Perea).*

*“Desde mi punto de vista, puede que la OMS se pasara de frenada”. (Teresa Zurro).*

*“Era una gripe sobre la que la OMS (que tuvo mucho que ver con la alarma) dio unas señales muy claras de temor...” (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Los entrevistados también dan argumentos por los que consideran que la OMS mantuvo esta actitud alarmista. Como, por ejemplo, el hecho de que la gripe A comenzara con un elevado número de víctimas mortales en **México**. Tal y como explica la jefa de prensa de la Consejería de Sanidad de Castilla y León:

*“La OMS cogió miedo asimismo con las muertes de México, que fueron muy rápidas”. (Teresa Zurro).*

Pero el argumento principal fue sin duda el hecho de que la OMS es (tal y como su nombre indica) un organismo mundial y que, por lo tanto, debe hacer sus predicciones y dar sus consejos pensando en qué es lo que más le conviene a la población internacional. **Habla para todo el mundo**, independientemente del país en el que viva cada individuo que recibe estas recomendaciones.

Esta obligación, en un mundo como el actual en el que las diferencias de desarrollo entre naciones son tan extremas, es algo muy complicado de llevar a

cabo. Los sistemas y medios sanitarios de los países desarrollados no se pueden comparar con los de los más subdesarrollados y, en consecuencia, la misma enfermedad no afectará por igual a los ciudadanos de unos y otros.

El virus H1N1 fue más virulento en las zonas del globo terráqueo en las que no había medidas adecuadas de salubridad, medicación y atención a los pacientes. Y los mensajes de alerta máxima que pueden ser útiles para ellos, pueden resultar exagerados para, por ejemplo, un país como España. Así lo explican tres de las personas entrevistadas:

*“La OMS hace declaraciones y recomendaciones son para la medicina del mundo y desgraciadamente la medicina de los países desarrollados no es la medicina del mundo”. (Álvarez Guisasola).*

*“La OMS debe recordar siempre que habla para todo el mundo. No es lo mismo un virus en España, que en Somalia. (...) Los mensajes de la OMS van para todo el mundo y eso es un problema también de manejo de la comunicación. (...) No se puede dar un mensaje de gran alarma, que puede ser real en algunas partes del mundo, pero que en España a lo mejor no es más que una ‘semi-alarma’. (Maite Perea).*

*“La OMS habla para países desarrollados y para países subdesarrollados y, realmente, a día de hoy no sabemos qué pasó en estos últimos países, no sabemos con exactitud si se murieron de gripe o no, ni cuántas víctimas mortales produjo el virus en ellos”. (Teresa Zurro).*

Por su parte, hay que señalar también que los **medios de comunicación** utilizan los mensajes de la OMS para justificar la cantidad de noticias que publicaron sobre la gripe A. O, al menos, así lo hace la periodista de *El País* durante su entrevista. Ella argumenta así la proliferación de información sobre la enfermedad que apareció en su periódico durante los meses analizados:

*“Si las autoridades sanitarias (no solamente españolas, sino de máximo nivel como la OMS) nos están hablando de que hay una crisis sanitaria, nosotros se lo tenemos que contar a nuestros lectores”. (María Sahuquillo).*

Finalmente, hay que indicar que el director del Centro Nacional de la Gripe fue el único de los entrevistados que señaló un **aspecto positivo** en el papel de la OMS durante la crisis sanitaria. Él afirma que la OMS facilitó mucha información útil sobre la enfermedad y que, además, lo hizo de manera libre para que todas las personas interesadas pudieran acceder a ella:

*“La OMS tiene unas páginas web, que se pueden visitar y son libres. Informó sobre todo el proceso de la gripe A en una página que se llama ‘Highlights’ (que significa ‘hitos’), hasta que se anula la alerta por fase 6”.* (Ortiz de Lejarazu).

### **Papel de Internet**

Tal y como acabamos de señalar, Internet sirvió para hacer llegar a toda la población los mensajes de la Organización Mundial de la Salud (tal y como indicaba Ortiz de Lejarazu).

Y también para que esa información de la OMS llegara a los periodistas y estos pudieran utilizar este tipo de datos oficiales en sus informaciones. Internet **acercó la información internacional**, a la que los medios no hubieran tenido acceso de un modo tan sencillo en el pasado.

Llegaban datos tanto de organismos como el mencionado, como de lo que estaba sucediendo a pie de calle a muchos kilómetros de España. Así lo indican las dos periodistas de prensa entrevistadas:

*“La pandemia en Internet alertó mucho a la población porque los medios españoles recibían las noticias de Argentina, México o de Chile de manera instantánea. Y, al principio, los medios europeos se surtieron de los medios sudamericanos”.* (Teresa Zurro).

*“Internet influyó mucho (junto con la globalización de los medios). Cuando esto comenzó en México, todo el mundo sabía ya lo que estaba sucediendo en el momento”.* (María Sahuquillo).

*“Para mirar, por ejemplo, los protocolos de la OMS, para tener toda esa información... No puedes hacerlo todo con llamadas, aparte de que no accedes a ello”.* (Ana Santiago).

Y, además, tal y como se deduce de las palabras de María Sahuquillo, otro factor relevante del papel de internet fue que toda esta información llegaba de rápidamente. Los datos procedentes de otros países llegaban a las redacciones españolas en tiempo real y, a su vez, los lectores podían leer estos datos en pocos minutos a través de las páginas web de los mismos.

Y, por lo tanto, la **inmediatez** de la difusión de las noticias sobre la gripe A es algo que han destacado varias de las personas implicadas en la comunicación de esta enfermedad:

*“A los medios les aportó inmediatez: para acceder a la información que venía de Estados Unidos y México, por ejemplo”. (Maite Perea).*

*“A lo mejor, Internet también sirvió para poder dar una respuesta más rápida”. (Teresa Zurro).*

*“Internet nos benefició como periodistas para hacer llegar los mensajes más rápido. Si esta pandemia llega a ocurrir antes de Internet, hubiera costado mucho más informar. (...) La inmediatez de Internet es increíble y muy útil”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“Información al minuto”. (María Sahuquillo).*

Internet facilitó también, de otras maneras el trabajo de los medios de comunicación, como reconoce la periodista de *El Norte de Castilla*:

*“Internet es un cambio tremendo. Nos ha facilitado mucho el trabajo”. (Ana Santiago).*

Algunas de estas ventajas fueron:

#### **1. Testar lo que la población quiere saber:**

Las noticias publicadas en Internet pueden evaluarse de manera individualizada, algo imposible con los medios tradicionales. Esto supone que un periódico, por ejemplo, puede saber cuáles de sus noticias digitales se han leído más, mientras que con la versión impresa lo único que pueden decir es si un edición se ha vendido más que otra, sin saber por qué contenidos concretos ha sucedido esto.

Además, Internet permite la creación de 'feedback' con los lectores. Estos pueden hacer llegar sus preguntas, sus dudas o sus sugerencias a los periodistas de una manera sencilla e inmediata. Lo que facilita a los redactores saber qué es lo que sus seguidores quieren saber.

Todo esto facilita la detección de los intereses de la audiencia:

*\*"Con Internet enseguida se nota cuáles son las piezas informativas más leídas. (...) Dejábamos que los lectores hicieran preguntas en la Red para detectar qué es lo que la gente quería saber. Y así hacer una pieza sobre el tema". (María Sahuquillo).*

## **2. Establecer comparaciones:**

Internet facilitó también que los periodistas pudieran comparar las informaciones locales con las que otros puntos del país.

Esto hacía que las noticias fueran más completas y que la visión de la realidad fuera más amplia:

*\*" Poder meterte en las páginas del Ministerio de Sanidad, de la OMS, de otras consejerías de Sanidad...Poder comparar datos oficiales de los casos o fallecidos que había en Castilla y León con los que había en Galicia... Todo eso es una labor de internet". (Ana Santiago).*

## **3. Completar los contenidos de las ediciones impresas:**

Los lectores buscan servicios diferentes en las ediciones impresas o digitales de los periódicos. Y esto hace que sean complementarios.

Si alguien quiere saber datos concretos o titulares inmediatos, recurre a Internet. La Red se utiliza para hacerte una idea general de lo ocurrido, sin tener la necesidad de esperar a que la publicación del periódico a la mañana siguiente.

Sin embargo, cuando una persona quiere leer sobre un tema en profundidad, con análisis de la situación, declaraciones de expertos e, incluso, opinión sobre lo sucedido, recurre al papel.

Así lo explica Ana Santiago:

*\*“Es similar el valor del digital que el impreso. Aunque suele ser más directo el digital, más de noticias de si hay tantos casos, de si ha fallecido alguien... De las cosas más llamativas. Y, en algún momento, recuerdo que se habló de si no había hospitales preparados y cosas por el estilo. Pero ya entrar en la profundidad de la valoración de un científico o de hacer una entrevista a alguien que ponga las cosas en su lugar, eso ya es mucho más del papel. La amplitud, el detalle, la profundidad de la información... son mucho más del papel”. (Ana Santiago).*

#### **4. Obtener más acceso a datos oficiales:**

La periodista de *El País* opina que Internet hizo que las instituciones sanitarias facilitaran más datos sobre la gripe A de la que hubieran hecho llegar a los medios a través de los medios tradicionales. A más vías de comunicación, más información:

*\*“Influyó también en que las instituciones dieran tanta información”. (María Sahuquillo).*

#### **5. Mayor exigencia:**

La inmensa cantidad de información que existe en la Red hace que los lectores busquen la excelencia en el trabajo de los periodistas. Ellos son profesionales de la información y, por lo tanto, no pueden permitirse dar datos simples que cualquier persona puede encontrar navegando por Internet:

*\*“Aunque también, en parte, al final te da más trabajo. Porque se exige saber más. Lo tienes todo tan a mano, que no vale con cualquier cosa”. (Ana Santiago).*

Por otra parte, hay que señalar también que Internet facilitó el trabajo de los **gabinetes de prensa** durante la gestión informativa de la gripe A.

La ventaja principal que aportó el medio digital fue que simplificó la emisión de **información de servicio**.

Las instituciones sanitarias utilizaron sus páginas web para hacer llegar a los ciudadanos información sobre la gripe A, datos de contagio y expansión de la misma, consejos preventivos y normas de actuación:

*“Creamos un espacio en la página web y la gente podía acceder directamente a la información. Ya no eran solo los medios los que podían informar”. (Maite Perea).*

*“Se trabaja muchísimo con Internet porque creamos un programa en el tú hacías una serie de preguntas a un médico virtual y él te decía si tenías la gripe A o no y qué hacer en caso de que el diagnóstico fuera afirmativo”. (Teresa Zurro).*

*“Teníamos una web en la que, todos los días, se iban actualizando estos datos para que la gente supiera cómo estaba la situación”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Pero el papel de Internet durante la gripe A no sólo fue bueno. También tuvo ciertos **aspectos negativos** que han sido señalados por los entrevistados. Aunque hay que indicar que en menor medida que los positivos.

Las personas que más desventajas subrayan son la jefa de prensa de la Consejería de Sanidad (Teresa Zurro) y la ministra de Sanidad (Trinidad Jiménez), son las únicas que presentan más argumentos en contra de Internet que a favor. No obstante, la periodista de *El País* también incluye una pequeña crítica en sus declaraciones.

Las desventajas del papel jugado por internet durante la crisis sanitaria objeto de estudio son:

#### **1. Creación de bulos e información inexactas:**

Internet se caracteriza por ser un medio democrático y sin censura. Lo que supone que cualquier persona puede subir una información, sin necesidad de contrastarla o garantizar su corrección.

Esto hace que, cuando se tratan temas tan sensibles como la salud, puedan surgir problemas como la desinformación o, incluso, la alarma social.

Por eso es importante que los ciudadanos sean capaces de filtrar las informaciones digitales y de distinguir los datos ofrecidos por los expertos sanitarios, frente a los que emiten **personas no cualificadas**:

*\*"En la comunicación a través de la Red no vale todo. Nos tenemos que creer las informaciones que estén firmadas por gente que conocemos y que tenemos garantías de que realmente lo que están escribiendo es cierto. Y en la gripe A hubo muchos ejemplos de gente, que alertaron de una forma totalmente injustificada utilizando estos medios". (Teresa Zurro).*

*\*"Pero sí en general podemos hablar de que el acceso a la Red, no solamente de medios especializados ni de personas autorizadas, sino de cualquier persona que dijera lo primero que se le ocurría y se le pasaba por la cabeza, sí creó una cierta confusión". (Trinidad Jiménez).*

## **2. Problemas con el nombre de la enfermedad:**

La enfermedad causada por el virus H1N1 no se denominó gripe A desde el primer momento. Tuvo otras denominaciones como 'gripe porcina' o 'California 7/2009', como ya se ha explicado en el apartado dedicado a ello.

Y Teresa Zurro mantiene que parte de la confusión creada a este respecto surgió en Internet:

*\*"La Red fue foco también de dudas respecto al nombre". (Teresa Zurro).*

## **3. Incremento de la demanda de información:**

Como ya hemos mencionado, uno de los aspectos más criticados de la comunicación realizada por los medios de comunicación durante la gripe A fue la cantidad de noticias que se publicaron sobre el tema.

Los medios se saturaron de información sobre la enfermedad y éste pudo ser uno de los orígenes de la alarma social. La gente pensaba "si los medios le dedican tanto espacio al virus H1N1 es que debe de ser peligroso".

Y María Sahuquillo justifica estas decisiones alegando que se publicó mucho porque los ciudadanos demandaban saber sobre la gripe A y que, además, gran parte de estas demandas les llegaron a través de Internet.



*\*\*"Nosotros dábamos muchas noticias de la gripe en la web, porque nuestro lectores leían muchísimo sobre la gripe y había una demanda. (...) Los lectores lo veían y quería saber más". (María Sahuquillo).*

Finalmente, no analizamos en detalle el papel de las **redes sociales** durante la gripe A porque en ese momento, año 2009, aún no tenían la relevancia que tienen hoy en día, sobre todo en las instituciones sanitarias.

De hecho la cuenta de Twitter del Ministerio de Sanidad (@sanidadgob) se creó en diciembre de 2010 y la de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León (@Salud\_JCYL) en noviembre de 2011.

Así lo confirma la periodista del Ministerio de Sanidad:

*\*\*"Las redes sociales, sin embargo... no vimos influencia alguna de ellas". (Maite Perea).*

Aunque, una vez más, encontramos una contradicción entre los argumentos de Perea y los de su representada. Ya que, en su entrevista, Trinidad Jiménez sí que hace alusión a las redes sociales y asegura, además, que fueron un foco importante de intercambio de opiniones durante la gripe A:

*\*\*"Pero no solamente los medios de comunicación se hicieron eco de esta alarma, también a través de las redes sociales se hablaba mucho, se especulaba mucho..." (Trinidad Jiménez).*

### **Mensaje principal transmitido por los entrevistados**

Las explicaciones facilitadas por las personas entrevistadas para este análisis expresan que los mensajes transmitidos debían conseguir que los ciudadanos confiaran en los órganos de gobierno, para que pudieran seguir las medidas adecuadas para evitar la expansión de la enfermedad y, al mismo tiempo, mantener la calma:

*\*\*"Nosotros teníamos que intentar que la población siguiese haciendo su vida normal aunque tomaran las precauciones necesarias". (Maite Perea).*

*“Los mensajes (...) se basaban en decir que no pasaba nada, que estábamos preparados, que había que prevenir pero que estaba todo bajo control. Es decir, que todo lo íbamos explicando y, cuando se pasaba de un nivel a otro, explicábamos qué significaba la nueva situación”. (Teresa Zurro).*

Y, estos fueron los tres pilares que se intentaron reflejar en los mensajes emitidos. Tal y como explican los propios entrevistados.

En primer lugar, las entidades gubernamentales querían **ganarse la confianza** tanto de los periodistas como de los ciudadanos. Y, para lograrlo, estuvieron siempre presentes:

*“Los mensajes eran continuos, reiterativos y repetitivos”. (Teresa Zurro).*

Y transmitieron un mensaje de unidad entre todos los distintos órganos de gobierno, que se completaba con la idea de que el sistema sanitario contaba con todos los medios necesarios para enfrentar la enfermedad:

*“Los mensajes eran: (...) control de la situación; coordinación; trabajo constante del Gobierno; trabajo conjunto del Gobierno con las comunidades autónomas, con la UE y con la OMS (...)”. (Maite Perea).*

*“Hacer llegar a los enfermos que el Sistema Regional de Salud estaba preparado para atenderlas con la inversión que se hizo, claro, que fue bestial”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

De esta forma, tras contar con la confianza de los ciudadanos, había que lograr que siguieran los consejos preventivos que evitarían la expansión de la enfermedad y minimizarían sus consecuencias negativas. En los mensajes había que transmitir información de servicio:

*“Quisimos transmitir los consejos y recomendaciones que queríamos hacer llegar a la población (...) campañas sobre lavarse las manos, sobre las mascarillas...” (Álvarez Guisasola).*

*“Los mensajes eran: (...) y consejos de higiene”. (Maite Perea).*

*“Dar mensajes de servicio: cómo se transmitía, cómo no se transmitía, medidas de prevención...” (Iñaki Pagazaurtundua).*

Y, además, hacer todo esto tratando de trasladar siempre un **mensaje tranquilizador**.

Este es el único aspecto en el que coinciden tanto los periodistas de los gabinetes de prensa como los de los medios. Era importante que la sociedad mantuviera la calma y ellos afirman que trataron de contribuir a ello:

*\*"Los mensajes eran: tranquilidad, control de la situación, (...)"*. (Maite Perea).

*\*"Siempre se mandaban mensajes de tranquilidad (a través del consejero, del director de salud pública, de un microbiólogo de cualquier hospital...)"* (Teresa Zurro).

*\*"Sobre todo el objetivo era tranquilizar y explicar lo que era esta gripe"*. (Iñaki Pagazaurtundua).

*\*"Es cierto que nosotros siempre pretendemos tranquilizar, pero lo que intentamos es transmitirle las noticias al lector de la manera más objetiva y completa posible (perfeccionándola con informaciones científicas y de expertos)"*. (María Sahuquillo).

En este apartado el punto en el que se observa más disparidad de opiniones entre los gabinetes de prensa y los medios de comunicación es la preparación previa de esos mensajes.

Mientras que en las palabras de los periodistas de los gabinetes de prensa se observa cierta planificación en los mensajes:

*\*"Dependiendo de la fase, se refuerzan más unos mensajes u otros"*. (Maite Perea).

La periodista de *El País* niega cualquier estrategia establecida a este respecto:

*\*"No hubo un tipo de mensaje específico, ni una estrategia"*. (María Sahuquillo).

## Teoría de la conspiración

Sólo los expertos y gestores sanitarios hicieron alusión a este aspecto del análisis de la crisis sanitaria de la gripe A. Y ninguno de ellos le dio credibilidad a la teoría que surgió en algunos medios de comunicación, una vez finalizada la pandemia, de que la enfermedad había sido un invento de la OMS, los gobiernos internacionales y los laboratorios farmacéuticos para vender vacunas y enriquecerse.

*“A mí eso me parece una tontería.(...) Es que me pareció absurda la teoría de la conspiración. Me ha parecido absurda en otras ocasiones de la vida política y me parece absurda en esto. Es decir, no me lo creo. No me imagino a ningún laboratorio creando artificialmente ningún virus, como se ha dicho sobre otros virus. (...) No me creo que a la gente la maten de manera intencionada”.* (Trinidad Jiménez).

El consejero de Sanidad de Castilla y León considera que, aunque los laboratorios hubieran intentado hacer una maniobra económica de este tipo, las **entidades gubernamentales** no lo hubieran permitido. Las autoridades sanitarias están para vigilar y evitar los fraudes:

*“Hubo elucubraciones sobre si los gobiernos estaban conchabados con los laboratorios, que si los laboratorios habían pagado a la OMS (cosa que es totalmente falsa)... Los laboratorios están, obviamente, para ganar dinero y para vender vacunas, pero para eso están las autoridades sanitarias que los ponen en su sitio”.* (Álvarez Guisasola).

Y la ministra añade que la propia **sociedad** tampoco lo hubiera permitido:

*“Y no me creo que, en una sociedad tan informada como la nuestra, de repente todo el mundo entre en pánico porque sí”.* (Trinidad Jiménez).

Y el director del Centro Nacional de la Gripe explica que las teorías de la conspiración surgen siempre ante lo desconocido. El desconocimiento genera incertidumbre e inseguridad y puede derivar en pesimismo o temor:

*“Surgió en torno a las vacunas. Cuando algo no se conoce o no se explica, el hombre moderno acude a la teoría de la conspiración o al ‘nadie es honrado excepto yo’. Entonces, eso es lo que pasa cuando algo tiene algún aspecto que es desconocido para el gran público, como puede ser la aparición de un nuevo virus pandémico”. (Ortiz de Lejarazu).*

#### **5.2.8 Valoración del trabajo realizado por los actores implicados en la gestión y comunicación de la gripe A**

##### **En qué se basó la toma de decisiones de cada uno de los actores**

Sólo hay dos puntos en los que coinciden los entrevistados cuando se les pregunta sobre los pilares en los que se basó la toma de decisiones durante la gripe A: la transparencia y el sentido común.

La **transparencia** fue el aspecto más destacado por los implicados. Cinco de ellos aseguran que ser claros en la gestión de la crisis y no ocultar nada fueron los dos motores que movieron las decisiones. La clave era contar lo que estaba pasando, tal y como estaba pasando; sin esconder nada, ni eliminar nada.

Lo que no impide que, en el caso concreto de los medios de comunicación, no se hiciera cierta selección de datos antes de publicar. Los medios tienen un espacio determinado y una línea editorial que les hace imposible, en muchas ocasiones, publicar toda la información que les llega.

Esto es algo que subrayó en su explicación la periodista de *El País*. Ninguno de los periodistas de los gabinetes de prensa ni de los gestores sanitarios hacen esta acotación. Estos últimos no ponen ninguna traba a la transparencia en sus explicaciones, con la única excepción de no llegar al extremo de crear alarma social con los datos facilitados:

*“La máxima fue: información siempre, transparencia toda”. (Maite Perea).*

*“Tratando de que los mensajes fueron sinceros y transparentes, aunque siempre teniendo en mente, eso sí, que había que ser precavidos para no alertar”. (Teresa Zurro).*

*“Lo que tuvimos claro desde el principio es que íbamos a hacer una información transparente y veraz. Es decir, no mentir”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*“Por lo tanto, transparencia absoluta. Eso fue clave, transparencia”. (Trinidad Jiménez).*

*“Nuestra estrategia se basó simplemente en contar lo que pasaba. Somos el altavoz de lo que ocurre. Aunque siempre cribando las noticias que nosotros consideramos más importantes y menos. Que para eso también compra la gente el periódico: para saber nuestras prioridades”. (María Sahuquillo).*

El **sentido común** también fue una fuente de decisiones señalada por dos de las personas entrevistadas. A la hora de actuar frente a una crisis es importante reaccionar de manera lógica y basada en la experiencia personal previa de cada uno (en la experiencia médica, si eres un profesional sanitario; y en la experiencia informativa, si eres periodista):

*“Para mí no fue estresante como consejero. En primer lugar porque era un tema puramente médico y yo conocía bien el tema”. (Álvarez Guisasola).*

*“Era cuestión de sentido común, el tratamiento lógico de la información en una crisis sanitaria”. (Maite Perea).*

Dentro del apartado del sentido común debemos incluir además la necesidad de apoyarse en el conocimiento y en los expertos. La lógica indica que, para solucionar un problema sanitario, hay que apoyarse en la **ciencia** y en las **pruebas empíricas**: información epidemiológica, evolución de la enfermedad en otras partes del mundo, conocimientos médicos, datos de salud pública...

*“Utilizando el sentido común y la evidencia científica, podías ir previendo lo que iba a ocurrir”. (Álvarez Guisasola).*

*\*"El plan de actuación se hizo así, porque tuvimos la suerte de que ya sabíamos cómo estaba resultando la gripe A en los países del cono sur". (Teresa Zurro).*

*\*"Tomar decisiones proporcionadas a la magnitud de lo que estaba aconteciendo, según los fundamentos científicos que se tenía. Cuando nosotros recibimos las informaciones actuamos en esa proporción". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*\*"La toma de decisiones siempre estuvo basada en propuestas científicas, propuestas de expertos. A mí no se me ocurrió nunca tomar una decisión política. Siempre hice caso de las recomendaciones". (Trinidad Jiménez).*

La toma de decisiones en las instituciones sanitarias, tanto desde el punto de vista de los gestores como del de los gabinetes de prensa, se basó también en otros aspectos que señalan los implicados de manera menos consensuada (no hay tanta coincidencia entre los entrevistados a la hora de señalarlos), pero también es conveniente mencionarlos.

En primer lugar la **coordinación** existente entre el Gobierno nacional y los autonómicos también simplificó la toma de decisiones. Los gestores se sentían respaldados:

*\*"Fue fácil por la coordinación con el Gobierno nacional". (Álvarez Guisasola).*

Asimismo, también se tomaron decisiones basadas en pensar en lo que era mejor para los **ciudadanos**. Las personas tenían que saber cómo debían actuar frente a la gripe A y tener herramientas para poder defenderse de la enfermedad, por lo que no pueden negarle información en base a protegerlos porque conseguirías todo lo contrario. Tenían que ser proactivos para que la expansión del virus fuera lo menor posible:

*\*"Tú deber es hacerlo lo mejor posible para que la población tenga herramientas para tomar decisiones". (Maite Perea).*

*\*"No ser paternalistas con los ciudadanos". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Las decisiones debían tomarse con **agilidad**. Una crisis sanitaria es algo que sucede de una manera rápida y es un problema cuyos tiempos no puedes controlar. El virus H1N1 se contagiaba rápidamente y el tiempo para decidir cuál debía ser el siguiente paso era limitado:

*“Respuestas muy rápidas porque, según iban subiendo los niveles de gravedad, ese plan de respuesta ya creado te iba diciendo más o menos los pasos que había que dar. (...) Contar las cosas de manera ágil”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Y, por supuesto, la estrategia establecida para decidir debe **evolucionar** y adaptarse a la evolución de los hechos:

*“La estrategia cambia según evoluciona el tema. (...) Ir bajando un poco el nivel informativo”. (Maite Perea).*

Mención aparte merece la explicación sobre cómo se produjo la toma de decisiones en los **medios de comunicación** que facilita la periodista de *El Norte de Castilla*.

Ya que, aunque en un primer momento parece que su exposición sigue la misma línea que la de sus compañeros, apoyada sobre la idea de que la estrategia para la toma de decisiones no estaba marcada y que se basaba sólo en el sentido común, en no dar datos incorrectos y en informar de manera transparente:

*“No hubo muchas líneas marcadas por los jefes de redacción, la verdad. El periódico funciona depositando mucha confianza en quien lleva los temas. (...) Las únicas directrices son: no metas la pata y que hagas las cosas con corrección”. (Ana Santiago).*

Posteriormente señala otro factor que no había sido mencionado por los demás entrevistados: el concepto de **competencia**.

La periodista explica que los directivos de los periódicos quieren que su medio destaque por encima del resto y que, en el caso de la gripe A, eso se intentó de dos maneras.

Por un lado, dando más información que los demás (había que llenar un espacio con información sobre la epidemia, hubiera o no contenidos realmente



interesantes para ello). Esto se hizo, sobre todo, durante los primeros meses tras la llegada de la enfermedad a España.

Y, por otro lado, dando la información antes que los demás. Este afán por ser el primero en dar una información podía jugar en contra de la prudencia necesaria ante una crisis relacionada con la salud haciendo, por ejemplo, que se pudieran dar datos que no estuvieran suficientemente contrastados.

Estos dos aspectos se observan en estas explicaciones de la periodista:

*“En un principio la estrategia fue informar. Había que dar, dar y dar. Y a veces la obsesión es todos los días tener que sacar información, aunque a lo mejor no hubiera nada nuevo. Una vez está todo dado se van calmando todos los nervios: los de los ciudadanos y los de los periodistas. Y entonces la cosa es más pausada. Más hacer un seguimiento, de vez en cuando un reportaje más amplio, entrevistas a un experto...”. (Ana Santiago).*

*“Siempre juegan desde arriba con un doble juego: te piden prudencia, pero no quieren ver en otro periódico un titular llamativo que tú no tienes. Quieres tener prudencia pero también quieres ser el primero en informar”. (Ana Santiago).*

### **Cómo fue el trabajo de su equipo**

Todos los entrevistados que respondieron a esta pregunta coinciden en asegurar que el trabajo de su equipo fue **muy bueno**. Se muestran orgullosos de la labor realizada tanto desde el punto de vista de la gestión de la crisis sanitaria, como desde el informativo.

Álvarez Guisasola, gestor político de las decisiones tomadas durante la pandemia en Castilla y León, califica así la labor de su equipo:

*“La Consejería funcionó en este caso de manera totalmente coordinada y difícilmente superable”. (Álvarez Guisasola).*

Y, al preguntarle por el resultado que ofreció el Plan de Actuación de Castilla y León frente a la gripe A, añade:

*\*\*"Yo creo que funcionó muy bien y que nos adelantamos a los acontecimientos". (Álvarez Guisasola).*

Además, subraya que la labor de su institución tuvo efectos especialmente positivos en el **ámbito asistencial**. Se dieron las garantías necesarias para que los ciudadanos y pacientes estuvieran perfectamente atendidos tanto a la hora de resolver sus dudas sobre el H1N1 (vía telefónica), como en el momento en el que requerían atención médica en los centros asistenciales de la Comunidad:

*\*\*"El programa telefónico, además, funcionó muy bien. (...) Prueba de ello es que no hubo ningún hospital colapsado en Castilla y León". (Álvarez Guisasola).*

La otra gestora entrevistada no opina de manera directa, ya que considera que su trabajo debe ser valorado por otros y no por ella misma. Pero destaca que las opiniones vertidas por los demás sobre el trabajo de su equipo han sido muy positivas:

*\*\*"No me debería tocar a mí, que fui la ministra y, por tanto, la protagonista. Pero, por lo que he leído a lo largo de estos últimos años y la evaluación que se hace de la gestión de la gripe A, es una evaluación muy positiva". (Trinidad Jiménez).*

Por otro lado, los periodistas de los gabinetes de prensa sanitario destacan también lo bien que se llevaron a cabo las **labores de comunicación**. Una vez más se subraya que se dio toda la información que se demandaba y que, además, se facilitó de una manera totalmente clara y transparente. Afirman que se puso a disposición de los periodistas todos los medios necesarios para que pudieran resolver sus dudas y publicar datos de calidad (portavoces políticos y científicos, datos técnicos y de carácter social...):

*\*\*"Yo creo que se hizo una muy buena labor informativa. Se siguieron las pautas generales establecidas, se dio una respuesta temprana, se dio una rueda de prensa de la ministra (que es la máxima responsable) solo un día después del primer comunicado de la OMS, se estuvo informando permanentemente tanto a los medios de comunicación como a la*

*población (y por diferentes vías), teníamos portavoces constantemente atendiendo la demanda informativa, hubo una alabada coordinación de todas las administraciones sanitarias...". (Maite Perea).*

*\*"La evaluaría como correctísima. Correcta y transparente. No se tapó absolutamente nada. Nada. La comunicación de la gripe A fue muy dura pero, desde un punto de vista ya muy personal, fue hasta bonita y enriquecedora". (Teresa Zurro).*

*\*"Desde el punto de vista informativo, yo le daría un 10. Vistas otras crisis que yo he vivido trabajando en este gabinete de prensa, ésta ha sido una de las más grandes y se gestionó muy bien. De una manera rápida, ágil y con reflejos. Cubrimos todos los huecos: dimos toda la información posible científica, técnica y humana". (Iñaki Pagazaurtundua).*

Desde los dos gabinetes de prensa analizados (tanto el del Ministerio como el de la Consejería) se destaca, a mayores, otro punto positivo de la labor de los equipos de comunicación: **la coordinación** que hubo entre los equipos nacionales y los autonómicos.

*\*"Hubo una alabada coordinación de todas las administraciones sanitarias...". (Maite Perea).*

*\*"Fue primordial que todos en España fuéramos a una. En ese momento no hubo colores políticos, sino que todos teníamos un problema que era cómo comunicar esto a la sociedad española y todos teníamos muy claro que había que evitar que el tema se desbordara. Y yo creo que lo hicimos lo mejor que supimos". (Teresa Zurro).*

Por último, las periodistas de *El País* y *El Norte de Castilla* también consideran que el **trabajo de los medios de comunicación** se llevó a cabo de una manera correcta. Aseguran que se actuó con prudencia, en todo momento, facilitando siempre información contrastada y completa:

*\*"Yo creo que informamos bien, porque dimos información científica, de servicios y de todo tipo. (...) Dimos tanto las informaciones de agencia como las elaboradas por nosotros. (...) Contrastábamos con los*

*expertos, ir más allá de la propia noticia, ampliar el foco con gráficos, viñetas, cronologías...” (María Sahuquillo).*

*”No fue malo. De hecho nos felicitaron por la prudencia y la forma de llevarlo”. (Ana Santiago).*

Ana Santiago aprovecha además su balance del trabajo realizado por su periódico, para enfrentar una de las acusaciones a las que tuvieron que hacer frente los medios de comunicación tras la gripe A. Se acusó a los periodistas, como ya se ha comentado con anterioridad, de crear una alarma social injustificada.

Ella afirma que conoce medios que sí que publicaron informaciones incorrectas, pero asegura que el suyo no fue uno de ellos:

*”No creamos un problema de alerta falsa, ni de exageración, ni de nada... (que algunos medios tuvieron sus problemas). (...) Nos llamaban para hablar de lo que ocurría en otros medios o en la calle y eso te sujetaba un poco. Porque te das cuenta del alcance que puede tener o el daño que puede hacer el que se te vaya un poco la mano”. (Ana Santiago).*

### **¿Se pudo hacer mejor?**

A pesar de que, como hemos explicado, los entrevistados aseguraron que el trabajo de su equipo fue muy bueno; sólo dos de ellos se muestran categóricos al afirmar que la gestión de la gripe A **no se pudo hacer mejor** y son, precisamente, los dos gestores responsables de la misma:

*”Yo creo que funcionó de manera envidiable. Y no es que lo diga yo, es que lo han dicho los organismos internacionales. El tratamiento de la gripe A en España es un modelo”. (Álvarez Guisasola).*

*”Si se repitiera volvería a hacer lo mismo, exactamente lo mismo. Fue una gestión basada en el consejo de los expertos y en la transparencia”. (Trinidad Jiménez).*

Y sólo dos de los entrevistados señalan cuestiones concretas en las que **se pudo mejorar** la gestión de la enfermedad. Estos fallos fueron: desde el punto de vistas práctico, la gestión de las vacunas; y desde el punto de vista comunicativo, el exceso de información facilitada:

*“Las vacunas: los malos índices de vacunación de la gripe A se extendieron, además, a la siguiente temporada”. (Ortiz de Lejarazu).*

*“Se exageró en la cantidad, es decir, en el exceso de información que se dio. Y quizás todos contribuimos un poco a ello. Nosotros comunicábamos todos los días: tú das información, los medios la agrandan, tú lees todos los días los periódicos... El ciudadano queda un poco saturado”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Por lo que podemos decir que la mayoría de las personas implicadas muestran dudas ante esta pregunta y **no presentan respuestas concluyentes**. Los entrevistados presentan esa postura dubitativa de dos maneras.

Por una parte están las personas que responden sin negar la posibilidad de que se cometieran fallos, pero sin reconocerlos tampoco. No se señala ninguna cuestión concreta en la que se pudo mejorar:

*“Habría que hacer un estudio profundo de lo que se hizo. Y supongo que hubo cosas en las que se falló”. (Teresa Zurro).*

*“Seguramente tuviéramos nuestros errores y nuestros aciertos”. (Ana Santiago).*

Y, por otro lado, están aquellos que señalan las críticas que recibieron y que indicarían cuestiones que se pudieron hacer mejor pero, inmediatamente a continuación, ofrecen una justificación. De este modo demuestran que, aunque su trabajo fue puesto en entredicho en determinados momentos, ellos no están de acuerdo con esas opiniones negativas.

Estas críticas van dirigidas en tres direcciones:

1. Gestión gubernamental: se habló de que las decisiones tomadas, sobre todo por el Ministerio de Sanidad, fueron exageradas (demasiada prevención, demasiadas vacunas...). Sin embargo, los responsables del mismo

afirmaron que esa era la decisión correcta. Ya que en toda crisis sanitaria es mejor tener recursos y no tener que utilizarlos, que necesitarlos por un recrudecimiento de la enfermedad y no disponer de ellos. Los virus son imprevisibles y hay que estar preparados para el peor escenario posible.

*“Es que no se puede valorar una decisión tomada en un momento dado y con una información determinada, igual que como se puede valorar a los cuatro meses. Un Gobierno no puede permitirse ese lujo y no puede ser tan irresponsable como para no prever una protección adecuada de su población”.* (Maite Perea).

2. Gabinetes de prensa: la principal crítica que recibió este colectivo fue la negación de determinados datos relacionados con los pacientes de gripe A. Pero la historia clínica de los pacientes es secreta y sólo el titular de la misma puede facilitar datos a los medios de comunicación.

*“Recibimos críticas por no dar información sobre la historia clínica de los pacientes. Pero eso es así y no se debe cambiar”.* (Iñaki Pagazaurtundua).

3. Medios de comunicación: como ya hemos explicado a lo largo de este análisis, a los medios se les acusó de publicar demasiadas noticias sobre la gripe A, teniendo incluso espacios reservados en los que abordaba el tema del H1N1 tanto si había datos nuevos sobre la enfermedad, como si no. No obstante, los periodistas afirman que lo único que hicieron fue responder a una demanda social. No fueron ellos los que crearon la alerta entre los ciudadanos, sino más bien al revés: eran los ciudadanos los que tenían miedo y solicitaban información.

*“Hubo un defensor del lector que dijo que había gente que se había quejado de que dimos muchísimas páginas sobre el tema de la gripe A. ¿Con eso generamos más alarma? Es que los lectores querían saber y nosotros no podemos responsabilizarnos de no darles la información que necesitan. Además, si llegaban las noticias nuestro deber era darlas”.* (María Sahuquillo).

## Lecciones obtenidas de la gripe A aplicables a la gestión comunicativa de una crisis sanitaria

La mayoría de los entrevistados (siete de nueve) se muestran rotundos a la hora de responder a esta pregunta y afirman que **sí se han sacado lecciones útiles** de la gripe A:

*\*"Hemos aprendido muchas cosas". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Se ha aprendido mucho de esta crisis". (Maite Perea).*

*\*"Sí que hemos aprendido, claramente". (Iñaki Pagazaurtundua).*

*\*\*"Sí que se aprendió, aunque no te sabría decir exactamente el qué". (María Sahuquillo).*

*\*"Hemos aprendido. Todo es experiencia". (Ana Santiago).*

*\*"Hemos aprendido mucho". (Ortiz de Lejarazu).*

Y sólo las jefas de prensa de los gabinetes de comunicación difieren de esta idea. M<sup>a</sup> Jesús García no habla de aprendizaje a lo largo de su entrevista. Teresa Zurro por su parte mantiene que, no sólo **no se ha aprendido nada** de la gripe A, sino que si volviera a declarar una crisis sanitaria similar, se volvería a hacer todo del mismo modo.

Cuando afirma esto, la jefa de prensa de la Consejería de Sanidad castellana y leonesa se refiere, especialmente, a los medios de comunicación. Ella asegura que los problemas sanitarios dan **morbo** y que, por lo tanto, siempre van a estar presentes en los medios de una manera sobredimensionada. Este argumento lo apoya con el ejemplo de otras **crisis sanitarias sucedidas con anterioridad** y de las que, según sus palabras, tampoco se aprendió nada. La gripe A, por lo tanto, no tiene por qué ser diferente:

*\*"Yo creo que los medios de comunicación volverían a responder igual. Estoy convencida. (...) Cambian los canales de comunicación, pero este tipo de temas siguen dando morbo y mucha página y los periodistas volverían a responder igual. Ya pasó con las vacas locas, diez o quince*

*años antes, y se mantuvo la actitud de morbo al llegar la gripe A.”*  
(Teresa Zurro).

Sin embargo, este argumento no es compartido por la periodista de *El País*, quien presenta una idea completamente opuesta. Ella señala expresamente que no sólo se ha aprendido de la gripe A, sino también de crisis sanitarias anteriores como la gripe aviar:

*”Tanto de la gripe A como de la gripe aviar”. (María Sahuquillo).*

La periodista Ana Santiago también plantea un contrargumento a lo explicado por Teresa Zurro y asegura que del virus H1N1 A se ha aprendido a **ser más prudentes**. A no dar titulares morbosos si eso va a asustar a la población y a mantener siempre el derecho a informar, pero dejando siempre que prevalezca la idea de no crear alarma social frente a la de dar una exclusiva en un momento determinado:

*”Deberíamos haber aprendido que todo pasa: prudencia pero con el derecho a informar. (...) A darnos cuenta además de que, en un momento que tienes la tentación de dar un gran titular pero generaría demasiada alarma y, al final, no sabes si eso es informativo o no, no pasa nada por no darlo”. (Ana Santiago).*

Sin embargo, otra periodista de medios de comunicación, María Sahuquillo, sí que apoya las teorías de la jefa de prensa de Castilla y León. Ella se contradice al asegurar, por un lado, que sí que hemos aprendido de la gripe A y afirmar, por otro, que cree que si volviera a pasar algo parecido los medios actuarían del mismo modo en aras de la demanda de información que presentará la población. Si los ciudadanos quieren información sobre una crisis sanitaria, los medios deben darla:

*”Porque si vuelven a llegar informaciones sobre que las autoridades sanitarias están ante algo nuevo y no saben bien a lo que se enfrentan, también tendríamos que contarlo. (...) Si vuelve a haber una epidemia como la de la gripe A, como ya ha habido una, lo mismo hay menos noticias; pero eso lo decidirá la demanda de información”. (María Sahuquillo).*



Teresa Zurro señala también que la experiencia comunicativa de la gripe A no se podrá utilizar en el futuro debido a que Internet cada vez tiene más fuerza y, por lo tanto, las técnicas de comunicación crisis cada vez se tendrán que centrar más en estas nuevas vías de contacto con la población. A través, por ejemplo, de las **redes sociales**:

*\*"Además si volviera a suceder algo así habría que tener en cuenta novedades como las redes sociales y, posiblemente, los planes de comunicación habría que volcarles también en estos foros". (Teresa Zurro).*

Otros argumentos a favor del aprendizaje derivado de la gripe A son:

1. Mejoras en las técnicas de comunicación ante una crisis sanitaria, por parte de los responsables de dicha comunicación. Y a darle a los medios de comunicación **más importancia**, por parte de los gestores y expertos sanitarios:

*\*"Hemos aprendido algunas cosas para mejorar la comunicación de crisis". (Maite Perea).*

*\*"Hemos aprendido que hoy día en las pandemias intervienen muchos factores: no solamente la rapidez de la dispersión del virus, sino también el rol de los medios de comunicación que hoy juegan un papel muy importante porque están globalizados. Y esa rapidez tiene un aspecto muy positivo, que es que esas noticias nos hacen prepararnos.*

*Nosotros, cuando la gripe A llegó aquí, ya había pasado en Argentina, en México y en todo el hemisferio sur. Y cuando nos llegó a nosotros, ya habíamos aprendido de ellos". (Álvarez Guisasola).*

*\*"Hemos aprendido también que el nivel de conocimiento de los medios es igual al de la sociedad". (Ortiz de Lejarazu).*

*\*"Y, desde luego, yo siempre recomendaría a cualquier ministro, a cualquiera que tuviera que gestionar una crisis sanitaria, total transparencia. Es decir, **la política de comunicación es clave en una crisis de estas características**". (Trinidad Jiménez).*

2. La experiencia en esa crisis sirve para tener más herramientas para reaccionar antes las que vengan en el futuro. **Prevención:**

*“Cada siglo tiene dos o tres pandemias. La gripe A ha sido una experiencia muy positiva y que nos pone un poco en prevención de lo que pueda ocurrir, porque no va a ser la única pandemia del siglo XXI”. (Álvarez Guisasola).*

*“Además, hemos tenido una pandemia distinta y ha afectado a distintos segmentos de población y, eso, nos ha servido de entrenamiento”. (Ortiz de Lejarazu).*

3. **Valorar los avances médicos** y sanitarios alcanzados en los últimos años. Y que han permitido que el número de fallecimientos en esta pandemia de gripe haya sido mucho menos que las de otras epidemias similares:

*“Nos hemos dado cuenta de lo que ha avanzado la medicina. Cuando uno ve los datos de la gripe del 19 o de la gripe de 56 te das cuenta de que la gran mortalidad de estas gripes fue porque no existían unidades de cuidados intensivos, el estado de nutrición de la gente era mucho peor y el virus les cogía con las defensas bajas, las medidas de aislamiento prácticamente no existían y donde la gripe establecía un foco arrasaba”. (Álvarez Guisasola).*

4. **Estar siempre preparados.** El Sistema Sanitario tiene que estar continuamente en tensión para ser capaz de reaccionar, de manera inmediata, ante cualquier imprevisto relacionado con la salud pública:

*“Hay un centro muy bueno en el Ministerio de Sanidad y Política Social, que es un centro de coordinación de emergencias sanitarias que debería estar siempre preparado y dispuesto para tener que actuar. Lo que pasa es que hay que tensionar al sistema y hay que darles a los profesionales de la salud todos los instrumentos y todos los medios. Y vivir la alarma y la pandemia como si nos pudiera afectar a cualquiera. No digo que le afecte a todo el mundo, pero hay que tensionar al sistema de tal forma como si tuviéramos que actuar en una situación de crisis total. ¿Por*

*qué? Porque es la única manera de extremar la precaución". (Trinidad Jiménez).*

5. Detectar errores para no volver a repetirlos y aprender de ellos. Como, por ejemplo, que ante una enfermedad nueva las vacunas tardan en producirse porque se parte desde cero y que, por lo tanto, no hay que anunciar nunca la fecha en la que estarán disponibles:

*""Otra cosa que hemos aprendido es que la vacuna nunca va a llegar a tiempo". (Ortiz de Lejarazu).*

O que es necesario reforzar la **confianza de la población en las instituciones**. La población española desconfía de los órganos gubernamentales y, por lo tanto, desconfían cuando estos les transmiten mensajes de tranquilidad ante una crisis sanitaria. Se tiende a pensar que los políticos ocultan datos y que, por lo tanto, la situación es más grave de los que dicen.

Eso, durante la gripe A, no ocurrió en otros países como, por ejemplo, Estados Unidos. Esto se debe en parte, a la independencia que presenta sus entidades científicas respecto a las gubernamentales. Así, los datos que salen de ellas se consideran estrictamente objetivos, sin tintes políticos:

*""Los gobiernos en general tienen poca credibilidad. Y entonces, cuando salen diciendo que tranquilos, que todo está bien, nadie se lo cree". (Ana Santiago).*

*""Deberíamos imitarles a EEUU en su efectividad: organización, coordinación, capacidad de reacción ante los grandes acontecimientos y esa confianza de la gente. Su CDC de Atlanta es independiente (geográficamente no está situado en las ciudades donde están los órganos de gobierno). Imaginemos que dijéramos aquí "el Centro de Microbiología, no de Madrid, sino de Cuenca", nos daría la sensación de que está menos influenciado por el poder gubernamental. Se alejaría más de esa 'teoría de la conspiración'. La gente en América tiene más confianza en las instituciones y eso en Europa falla más, porque las instituciones no son tan fuertes". (Ortiz de Lejarazu).*

### **5.2.9 Frases destacables**

En este apartado recogemos otras frases que, aun no estando incluidas en el análisis realizado en los apartados anteriores, consideramos que son interesantes para nuestra investigación por resumir, en pocas palabras, algunos de los aspectos que tratamos de estudiar sobre la gestión comunicativa realizada de la gripe A.

El significado de estas frases puede, asimismo, variar en función del perfil de la persona que las pronuncia. O al menos consideramos que es fundamental saber qué papel desempeñaba, durante la crisis sanitaria de la gripe A, el actor que las firma, para poder comprenderlas de manera exacta. Por lo que todas ellas se presentan acompañadas del nombre de quien las pronunció:

*\*“Y siendo conscientes, porque lo sabíamos, de que la enfermedad no era grave y que un noventa y mucho por ciento de los casos podían curarse en casa”. (Álvarez Guisasola).*

*\*“Utilizando el sentido común y la evidencia científica, podías ir previendo lo que iba a ocurrir. Y por eso cuando yo decía que no iba a haber más muertos, no lo decía para tranquilizar, lo decía convencido de que eso era así”. (Álvarez Guisasola).*

*\*“Tú no puedes afrontar una crisis pensando en que va a pasar lo menos malo, tienes que pensar que va a pasar lo peor”. (Maite Perea).*

*\*“Yo creo que no hay ninguna fórmula mágica, las crisis son muy complicadas de manejar. Y las crisis sanitarias mucho más”. (Maite Perea).*

*\*“Cuando surge una crisis sanitaria da morbo a los medios de comunicación y asusta a la población”. (Teresa Zurro).*

*\*“En ese cruce de caminos, es donde está el periodismo: en ese cruce entre lo que quieres contar y lo que te piden. Y eso, es muy interesante”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*“Yo me di cuenta (¡y llevo muchos años en esto!) de cuánto le importa al ciudadano de la calle la salud al ver cómo les importaba a los medios de comunicación el tema de la epidemia de gripe”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*“Aunque hay temporadas más tranquilas, la sanidad está de moda. No cabe duda”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“Lo que provoca el caos en todos los sentidos, incluso en el informativo, es la cercanía de la noticia”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“No se puede jugar a hacer periodismo con este tipo de situaciones”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

*“Yo siempre he pensado que dar información es controlarla. Si no la das, la buscan. La buscamos por otro lado y entonces va a ser mucho más inexacta”. (Ana Santiago).*

*“Yo tuve gripe A y lo pasé bastante mal”. (Ana Santiago).*

*“Entonces contención. Yo creo que es preferible pecar de contenerte que de pasarte”. (Ana Santiago).*

*“No hay una disociación entre el periodista y la sociedad”. (Ortiz de Lejarazu).*

*“Los medios no es que sean responsables o no responsables, los medios son personas normales que intentan informar haciéndose eco de los sentimientos de los demás. Y pienso que eso debería ser superado. Porque si uno es un profesional de la información, debería hacer labor de investigación en temas médicos y no quedarse solo en el rumor de la calle”. (Ortiz de Lejarazu).*

*“Ofrecimos confianza”. (Trinidad Jiménez).*

*“Por lo tanto, transparencia absoluta. Eso fue clave, transparencia”. (Trinidad Jiménez).*

*“La peor situación con la que se puede topar un ministro de Sanidad es una crisis de salud pública, una crisis sanitaria”. (Trinidad Jiménez).*

*“La política de comunicación es clave en una crisis de estas características”. (Trinidad Jiménez).*

Tras el análisis en profundidad de las entrevistas realizadas podemos concluir que el proceso de comunicación desarrollado en torno a la crisis sanitaria de la gripe A se llevó a cabo de manera conjunta. Es decir, no dependió de un solo sector social.

Tanto las instituciones sanitarias, como los gabinetes de prensa, medios de comunicación y expertos en salud intervinieron tanto en la elaboración, como en la emisión de los mensajes que formaron la opinión pública existente sobre la enfermedad.

Asimismo, si bien en menor medida, también se concedió voz a los propios ciudadanos. Aunque en este caso no fue para la elaboración de los mensajes, sino para saber por dónde se debían dirigir los mismos. Los responsables del proceso comunicativo querían conocer cuáles eran las principales dudas y preocupaciones de la población para tratar de responderlas.

Este trabajo conjunto se calificó además como positivo por parte de todos los implicados, y apenas se han señalado problemas de desconfianza y falta de coordinación entre unos niveles y otros por parte de los entrevistados. Por el contrario, es frecuente encontrar valoraciones positivas del trabajo desempeñado tanto por el equipo al que pertenecen cada uno de ellos, como del realizado por los equipos del resto de las personas incluidas en nuestro estudio. Por otro lado se deduce de las conversaciones mantenidas que, en ningún momento, la intención de los responsables del proceso de comunicación fue generar una alarma social. Pero es innegable que ésta surgió a pesar de todo.

Los motivos señalados por los actores giraron, fundamentalmente, en torno a dos argumentos. Por una parte el hecho de que nos enfrentábamos a una enfermedad desconocida y que, por lo tanto, era necesario prevenir en base al peor escenario posible para garantizar que el estado español estaba preparado para enfrentar cualquier situación. Y, por otro lado, el exceso de información que se publicó sobre el tema. Se le dio un protagonismo excesivo al virus H1N1 que, posteriormente, se comprobó innecesario.



## **CAPÍTULO 6. ANÁLISIS DE LAS NOTICIAS**

### **PUBLICADAS SOBRE LA GRIPE A EN *EL PAÍS* Y *EL NORTE DE CASTILLA***

Para que el contenido y los resultados de nuestro caso práctico sean completos y arrojen datos útiles que aporten información interesante a la comunidad científica, no podemos limitarnos a analizar las palabras de los protagonistas del proceso de comunicación desarrollado durante la crisis sanitaria de la gripe A, sino que tenemos que fijarnos también en el proceso en sí mismo.

Es decir, las palabras de los personajes entrevistados siempre tendrán una carga de subjetividad y opinión que no permitirá que los resultados obtenidos de su estudio sean completamente objetivos. Por lo que, para conseguir esa fiabilidad extra en nuestras conclusiones, es necesario revisar el trabajo realizado por ellos. Comprobar si su exposición de lo ocurrido coincide con los hechos acaecidos realmente.

Y para ello escogimos como objeto de investigación, de esta segunda parte de nuestro caso práctico, la pieza final resultante de las distintas etapas de la gestión comunicativa de cualquier crisis: las noticias que publican los medios de comunicación.

La labor de los gestores, protagonistas y gabinetes de prensa implicados en la comunicación del virus H1N1 queda reflejada en la información que, al concluir las distintas fases de la comunicación, se plasma en los *mass media*. Siendo estas producciones periodísticas, por lo tanto, las que mejor reflejan el trabajo de los personajes escogidos para la realización de las entrevistas de esta investigación.

No obstante, la producción mediática durante la crisis sanitaria de la gripe A fue amplísima, tal y como ya hemos indicado. Por lo que era necesario concretar aún más nuestro objeto de estudio.



Por lo que, finalmente, escogimos trabajar con un total de **605 noticias** sobre esta enfermedad. Impresas, todas ellas, en la prensa nacional y autonómica (de Castilla y León, región escogida para nuestro trabajo).

Esa cifra abarca todas las piezas que se publicaron sobre esta temática en *El País* y *El Norte de Castilla* (los dos periódicos escogidos por su tirada e importancia dentro de los entornos geográficos que limitan nuestra investigación).

El total de informaciones se distribuyó del siguiente modo entre los dos rotativos:

- 375 noticias pertenecientes a *El Norte de Castilla* (61,9% del total).
- 230 noticias pertenecientes a *El País* (38,1% del total).

Todos los textos fueron, además, publicados en el **periodo de tiempo** que abarca desde el 26 de abril de 2009 (fecha en la que se empieza a hablar de la gripe A en los medios españoles) y el 27 de enero de 2010 (momento en que el virus H1N1 dejó de circular como tal y se mezcló con el de la gripe estacional habitual, dejando así de tener peso de los medios de comunicación).

Se ha escogido la prensa escrita por la accesibilidad y profundidad de las informaciones de la misma, frente a la inmediatez de otros medios de comunicación como la radio o la televisión.

Tras seleccionar nuestro material de trabajo, procedimos a fijar el método que debíamos utilizar para su estudio. Estableciendo un procedimiento mixto basado en la identificación, por un lado, de los aspectos estructurales o básicos de los textos (análisis de datos identificativos) con una codificación numérica de los mismos, y, por otro lado, en el uso del modelo de preguntas cerradas (con respuestas de sí o no), establecido por Semetko/Valkenburg, para profundizar en su contenido.

Todos los resultados se colocaron en una tabla de Excel genérica, a partir de la cual se crearon las tablas de trabajo por temáticas y categorías mediante las que hemos redactado los resultados obtenidos en este apartado de nuestra investigación y que procedemos a presentar a continuación.

## 6.1 Mes de publicación de las noticias

El análisis temporal de la cantidad de informaciones publicadas por cada uno de los medios es relevante para poder comprobar cuáles fueron los picos informativos de la crisis sanitaria estudiada.

Esto nos permitirá saber si el interés de los medios de comunicación por el virus H1N1 fue uniforme a lo largo de todo el periodo analizado o si, por el contrario, fue irregular.

Una vez identificados los meses en los que más noticias se publicaron, podemos además asociarlos con sucesos concretos acontecidos durante la presencia de la enfermedad en el territorio español.

**Tabla 23 Mes de publicación de las noticias**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Abril 2009</b>	15	4,00	22	9,57	37	<b>6,12</b>
<b>Mayo 2009</b>	55	14,67	37	16,09	92	<b>15,21</b>
<b>Junio 2009</b>	28	7,47	9	3,91	37	<b>6,12</b>
<b>Julio 2009</b>	77	20,53	58	25,22	135	<b>22,31</b>
<b>Agosto 2009</b>	50	13,33	29	12,61	79	<b>13,06</b>
<b>Septiembre 2009</b>	72	19,20	29	12,61	101	<b>16,69</b>
<b>Octubre 2009</b>	28	7,47	10	4,35	38	<b>6,28</b>
<b>Noviembre 2009</b>	38	10,13	14	6,09	52	<b>8,60</b>
<b>Diciembre 2009</b>	6	1,60	9	3,91	15	<b>2,48</b>
<b>Enero 2010</b>	6	1,60	13	5,65	19	<b>3,14</b>
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Al hablar del análisis cronológico de la cobertura de la gripe A en los medios de comunicación, es preciso indicar que la enfermedad llegó a España a finales del mes de abril de 2009 y, más exactamente, el día 24 de abril, que es el momento en el que llega la alerta sanitaria al país. A esto hay que añadirle el hecho de que el día 27 de ese mismo mes se localizó el primer caso de contagio en territorio nacional.

Por todo esto, el **mes de mayo** fue el momento álgido de cobertura periodística del virus en España, ya que fue el primer mes completo de cobertura informativa de la enfermedad, por lo que es lógico que se hablara con especial interés del tema en los medios de comunicación.

Hemos de tener en cuenta, asimismo, que ésta era una enfermedad desconocida en España y que la única información con la que se contaba sobre el virus era la que llegaba de México.

En el mes de abril se publicaron, fundamentalmente, informaciones sobre lo que estaba sucediendo en el país latinoamericano, así como la aparición de los primeros sospechosos dentro del territorio nacional. Pero fue en mayo, cuando la gripe comenzó a verse como algo que nos afectaba de cerca.

Aparecieron los primeros contagios indirectos (personas que no había viajado a México, ni tenían relación directa con ese país), el primero de ellos fue el 29 de abril y fue en el mes de mayo cuando se generalizaron. Y aparecen a mayores las primeras conjeturas sobre las consecuencias de la enfermedad y su evolución. Además, en Castilla y León se confirma el primer caso de contagio, el 25 de mayo de 2009.

Los expertos sanitarios comienzan a intentar establecer el comportamiento del virus e intentan decidir si la situación puede agravarse cuando llegue el frío de los meses de otoño e invierno. Es también el momento en el que los gobiernos empiezan a diseñar sus planes de actuación frente a la enfermedad.

Hay, asimismo, otro hecho que hace que el mes de mayo sea uno de los que más noticias provocó: el veto ruso a los productos porcinos. Inicialmente se consideró que el virus H1N1 procedía de los cerdos y Rusia decidió cerrar

las fronteras a los productos cárnicos que procedieran de los países con casos confirmados. Entre ellos España. Esto hizo que la prensa pasará de hablar sólo de las consecuencias sanitarias, a analizar también las consecuencias económicas y políticas de la gripe.

Por otra parte, el **mes de julio** fue el de mayor intensidad informativa por dos motivos. El primero de ellos es que se produjo la primera víctima mortal en España (la muerte se produjo exactamente el 30 de junio, por lo que toda la repercusión informativa de este hecho se realizó en los primeros días de mes de julio). Este caso fue especialmente polémico ya que la mujer fallecida tenía un bebé prematuro que también falleció, el 14 de julio. Y aunque esta segunda muerte no fue causada por la gripe A, hizo que los impactos en prensa sobre la primera víctima mortal de la enfermedad se multiplicaran.

En julio se produjeron, además, otras seis víctimas mortales en el ámbito nacional. Y, cada una de ellas, fue reflejada de manera individual y detallada en los medios de comunicación. Tras la primera muerte española por la enfermedad (una joven marroquí de 20 años fallecida en el mes junio), la segunda se produjo el 9 de julio en Canarias, la tercera y la cuarta el 16 de julio en Baleares y Madrid respectivamente, la quinta el 24 de julio en Alicante, la sexta en 27 de julio y la séptima el 29 de julio. En estos dos últimos casos ya no se especificaba el lugar de residencia de los afectados.

Las noticias sobre el virus H1N1 se multiplicaron, asimismo, durante este mes por el surgimiento de varios contagios colectivos como los del colegio de Getafe, las colonias de Jaén, Alicante y Navarra, el grupo de españoles que estuvo retenido en un hotel de Pekín y el cuartel de Arévalo (Ávila). Este último caso tuvo especial presencia en los medios castellanos y leoneses como *El Norte de Castilla*.

Finalmente, el **mes de septiembre** fue otro punto álgido de la información sobre la gripe A por la proximidad del comienzo del curso escolar. En los medios de comunicación se debatía sobre cuál sería el plan a seguir (tanto por parte del Gobierno nacional, como de los autonómicos) para evitar los contagios entre los alumnos y profesores. Se debatía sobre la necesidad de

cerrar los centros escolares en los que se diera algún caso de virus H1N1 y se recogían las recomendaciones de la OMS sobre este tema.

Asimismo, en este mes comienza la vacunación de la gripe común. Y esto origina, inevitablemente, un incremento de las noticias relacionadas con la vacuna H1N1. Se habla de la capacidad mundial para producirlas, de la cobertura que tendrá, de los grupos poblacionales que deben recibirla y de la autorización a España para la compra de las vacunas.

No obstante, este auge informativo de septiembre se observa con mucha más claridad en *El Norte de Castilla* que en *El País*, ya que este último presenta un porcentaje de publicación (12,61%) igual al del mes de agosto (12,61%).

Esto puede estar motivado por el hecho de que en Castilla y León, durante el mes de septiembre, se incrementó la preocupación por la enfermedad tras producirse la primera víctima mortal en la Comunidad a finales de agosto (concretamente, el día 26 del mencionado mes). En este caso la víctima fue una mujer anciana pero, el día 12 de septiembre fallece también una joven de 18 años en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid y este hecho, recrudece la alarma en torno a la enfermedad.

Asimismo, en septiembre se produjo también el primer brote colectivo regional. Contagiándose 24 personas en un Centro Atención Minusválidos Psíquicos de Valladolid.

**Otras diferencias entre ambos periódicos** es que la intensidad informativa de *El Norte de Castilla* se redujo a finales de 2009 y comienzos de 2010 (diciembre y enero, respectivamente). Los casos de gripe A disminuían y se llegó al nivel 'no epidémico', lo que hizo que el interés de los periodistas por el seguimiento de la enfermedad fuera desapareciendo. Además, la población comenzaba a concienciarse ya de que la gravedad del virus estaba muy poco, o nada, de la que presentaba el virus de la gripe estacional. Lo que redujo la demanda informativa.

Sin embargo, en el caso de *El País* son junio de 2009 y enero de 2010 los meses que menor número de noticias publicadas presentan. En el caso de enero de 2010, los motivos del desinterés mediático son los mismos que

hemos explicado al hablar de *El Norte de Castilla*. Sin embargo, la diferencia observada entre el nivel de publicación del mes de junio, entre un medio y otro, es destacable.

Una de las causas de esta diferencia fue la aparición de un contagio colectivo en Castilla y León (contagio en el cuartel de El Ferral, en León. Esta noticia tuvo un gran seguimiento en los medios regionales e hizo, además, que en la prensa se planteara qué pasaría si en verano se producían contagios masivos en otras agrupaciones propias de la época estival como podían ser, por ejemplo, los campamentos. Estos temas no fueron tratados por *El País*.

## 6.2 Año de publicación de las noticias

Tabla 24 Año de publicación de las noticias

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>2009</b>	369	98,4	217	94,35	586	96,86
<b>2010</b>	6	1,6	13	5,65	19	3,14
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

El año 2009 fue en el que se publicaron la mayoría de las noticias sobre la gripe A. Durante ese ejercicio se produjeron todos los picos de interés relevante sobre el tema: la aparición del virus, las muertes en México, los primeros casos en España, las primeras víctimas mortales en territorio nacional, el surgimiento de los planes gubernamentales de prevención y contención de la enfermedad, el debate sobre las vacunas, los contagios colectivos, la declaración de pandemia... etc.

Esto es algo que puede observarse tanto en *El Norte de Castilla* (publicación que registró el 98,4% de sus noticias en 2009), como en *El País* (con un 94,35%).

En 2010 las pocas noticias publicadas giraban fundamentalmente en torno al fin de la pandemia. Hablan de la disminución progresiva de los contagios y de llegada, según señalaron los expertos sanitarios, del nivel ‘no epidémico’, como se observa en estos dos titulares escogidos a modo de ejemplo:

*“Sanidad mantendrá activo el plan de la gripe pese a la baja incidencia”* (*El Norte de Castilla*, 15 enero 2010).

*“El virus de la gripe ya no circula”* (*El Norte de Castilla*, 27 enero 2010).

Y esto hizo que el interés, tanto de los periodistas como de la población por el tema disminuyera, hasta desaparecer, prácticamente, a finales del mes de enero.

Otro motivo de este desinterés al comenzar el año 2010 fue, como ya hemos comentado, fue la comprobación de que la gravedad del virus estaba muy poco, o nada, de la que presentaba el virus de la gripe estacional. Esto origina la aparición de noticias en las que se dudaba sobre la veracidad de lo publicado en los meses anteriores. Esto lo podemos observar en titulares como:

*“Gripe A ¿la gran estafa?”* (*El País*, 24 de enero de 2010).

*“Wolfgang Wodarg. Epidemiólogo: “Chan ha creado una alarma mundial Debe dimitir”* (*El País*, 27 de enero de 2010).

### **6.3 Ámbito geográfico**

Este es uno de los apartados en los que más diferencias se observan entre las dos publicaciones analizadas.

En *El Norte de Castilla* el mayor porcentaje de publicación es para las noticias autonómicas, mientras el de *El País* le corresponde a las informaciones nacionales. Tal y como observamos en la siguiente tabla:

**Tabla 25** Ámbito geográfico de publicación de las noticias

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Local</b>	16	4,27	0	0,00	16	2,64
<b>Autonómico</b>	144	38,40	22	9,57	166	27,44
<b>Nacional</b>	123	32,80	122	53,04	245	40,50
<b>Internacional</b>	92	24,53	86	37,39	178	29,42
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Estas diferencias derivan de la naturaleza de ambos medios. *El Norte de Castilla* es un periódico de carácter regional. Y su objetivo es acercar a los castellanos y leoneses la información que les afecta de un modo más directo. Es decir, aquella relacionada con lo que ocurre en su comunidad autónoma, su ciudad o, incluso, su pueblo o su comunidad de vecinos.

Sin embargo, *El País* tiene metas distintas. Esta cabecera tiene una vocación más global e, incluso, internacional. Habla de los grandes temas y profundiza en ellos, pero sin acercarse territorialmente a los protagonistas de los mismos. Al no ser que una noticia regional tenga consecuencias derivadas para el resto del país o del mundo.

Esta filosofía de trabajo se puede observar en la propia estructura de ambos medios. *El Norte de Castilla* prioriza las noticias locales dedicándolas las primeras páginas del periódico, seguidas de las regionales. Y, tan sólo después de los artículos de opinión, aparecen las informaciones nacionales e internacionales. Va de lo más cercano al ciudadano, a lo más alejado.

Por el contrario, *El País* presenta una organización inversa: abre con las noticias internacionales y sigue con las nacionales. Este periódico no tiene delegación en todas las comunidades autónomas y, en muchos casos, este tipo de informaciones las cubre a través de corresponsalías o agencias y las incluye



en alguna de sus otras secciones según el contenido: en nacional, sociedad, cultura...

De hecho, este medio no publicó ninguna información local sobre la gripe A. Este es otros de los puntos en los que más difiere de *El Norte de Castilla*, que sí que hizo seguimiento a algunos casos de contagio o mortalidad desde un punto de vista local. Especialmente al comienzo de la gripe A (que es cuando se analizaba cada caso de un modo más detallado). Algunos ejemplos son:

*\*"Salamanca registra el primer caso sospechoso de la región" (El Norte de Castilla, 28 de abril de 2009).*

*\*"Una zamorana de 29 años, en régimen de aislamiento domiciliario" (El Norte de Castilla, 6 de mayo de 2009).*

No obstante, la estructura de prioridad informativa de estos medios no se correspondió con exactitud con la dada a las informaciones sobre el virus H1N1. Ya que *El Norte de Castilla* dio más relevancia a las informaciones nacionales e, incluso, internacionales que a las locales (al contrario que en la organización de sus páginas). Esto se debe a la propia temática. Los detalles sobre lo que ocurra con una enfermedad contagiosa a nivel estatal o mundial son mucho más relevantes que los locales. Se consideró un problema social que nos afectaba a todos.

Asimismo en *El País* tuvieron mayor prioridad las noticias nacionales que las internacionales (aunque estas últimas también tuvieron mucho peso dentro del cómputo general). A los ciudadanos les interesaba mucho más saber lo que pasaba en España que, por ejemplo, en Inglaterra o Bruselas, ya que era un tema tan personal como la salud el que se estaba tratando.

## 6.4 Subgéneros informativos

Dentro de los grandes géneros periodísticos: informativo, interpretativo y argumentativo, hemos analizado cuáles fueron los subgéneros más utilizados durante la gripe A.

**Tabla 26 Subgéneros informativos**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Noticia</b>	245	65,33	147	63,91	392	64,79
<b>Reportaje</b>	11	2,93	20	8,70	31	5,12
<b>Entrevista</b>	17	4,53	24	10,43	41	6,78
<b>Artículo de opinión</b>	10	2,67	8	3,48	18	2,98
<b>Editorial</b>	20	5,33	1	0,43	21	3,47
<b>Viñeta</b>	3	0,80	0	0,00	3	0,50
<b>Encuesta</b>	1	0,27	0	0,00	1	0,17
<b>Despiece</b>	19	5,07	15	6,52	34	5,62
<b>Carta al director</b>	4	1,07	3	1,30	7	1,16
<b>Breve o apunte</b>	42	11,20	5	2,17	47	7,77
<b>Foto comentada</b>	1	0,27	1	0,43	2	0,33
<b>Crónica</b>	2	0,53	4	1,74	6	0,99
<b>Declaración oficial</b>	0	0,00	1	0,43	1	0,17
<b>Consejos población</b>	0	0,00	1	0,43	1	0,17
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

En los datos obtenidos observamos que en ambos periódicos hay un subtipo de información que destaca, con claridad, sobre el resto: la noticia cuya finalidad es, sencillamente, contar un acontecimiento de actualidad y que suscita el interés del público. Y, por lo tanto, era el adecuado para hablar de la

gripe A tema que, en los meses analizados, estaba de plena actualidad y despertaba gran curiosidad y preocupación en la población.

La **noticia** debe, además, estar escrita de manera objetiva y veraz y relatar, simplemente, cómo se han producido los hechos. Condiciones que se ajustan bien a las informaciones de carácter sanitario. Ya que, al tratar un tema de tanta sensibilidad social como es la salud, deben ser lo más objetivas y veraces posibles para evitar alarmas innecesarias o errores.

Sin embargo, a pesar de este punto en común, los dos periódicos difieren en el uso de otros géneros periodísticos. Uno de ellos es la **entrevista**, que es mucho más utilizada por *El País* que por *El Norte de Castilla*.

Otro ejemplo es el uso de los **breves o apuntes**. Sólo que en esta ocasión se da el caso contrario, siendo *El Norte de Castilla* el medio que más los utiliza, recurriendo *El País* a ellos en un escaso 2,17% de las ocasiones.

Este último medio utiliza más los contenidos con más capacidad de contenido como el **reportaje** (con un 8,70%, frente al 2,93% de *El Norte de Castilla*).

Estas diferencias pueden deberse a que *El País* tiende más a los análisis en profundidad (con entrevistas a personajes implicados e informaciones largas) y *El Norte de Castilla* le presta más atención a la inmediatez y a los casos concretos a los que se puede hacer mención en informaciones más reducidas.

Por último hay que señalar los puntos en común y las diferencias observadas también en los géneros de opinión. Los dos periódicos utilizan de un modo similar los artículos de opinión, pero hay una diferencia apreciable en el uso de los **editoriales**.

*El Norte de Castilla* recurre más a este tipo de información que *El País* (un 5,33% frente a un 0,43%). De lo que se deduce que el primero ofreció una opinión institucional más marcada sobre la gripe A.

## 6.5 Temática principal

Para establecer cuáles eran los subtemas dentro de la gran temática de la gripe A que más nos podían interesar y que más iban a aportar a nuestra investigación, elaboramos un listado de tópicos apriorísticos basándonos en nuestra experiencia profesional en la gestión informativa del virus H1N1 y en la lectura previa de las noticias escogidas.

De esta manera inductiva, nos dimos cuenta de que había cuatro grandes subtemas dentro de los que se podían calificar el contenido de todas las piezas objeto de análisis. Estos eran: la gripe A como enfermedad, los afectados y las consecuencias del virus, las medidas sanitarias tomadas para evitar los contagios y los planes de acción institucionales creados para gestionar la crisis sanitaria.

No obstante aun habiendo informaciones que hablaban de manera genérica sobre las categorías establecidas, había otras que se centraban en un aspecto mucho más concreto de las mismas; por lo que, para que nuestro estudio fuera exacto y fiable, debíamos establecer otras subcategorías con las que pudiéramos definir mejor las noticias que hablaban de cuestiones que fueron importantes durante la enfermedad como los contagios colectivos, los fallecimientos o las vacunas, entre otros.

Finalmente creamos la categoría de 'otros' para aquella minoría de informaciones que no podían ser calificadas dentro de las ya establecidas, para lograr así que ninguna de las noticias quedará sin clasificar.

Tabla 27 Temática principal

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>Gripe A como enfermedad</b>	34	9,07	32	13,91	66	10,91
Consejos y	19	5,07	7	3,04	26	4,30

recomendaciones						
Medidas de prevención	43	11,47	26	11,30	69	11,40
<b>Afectados y consecuencias</b>	1	0,27	2	0,87	3	0,50
Contagios individuales	24	6,40	8	3,48	32	5,29
Contagios colectivos	74	19,73	36	15,65	110	18,18
Muertes	42	11,20	36	15,65	78	12,89
Famosos	2	0,53	0	0,00	2	0,33
Consecuencias económicas	11	2,93	3	1,30	14	2,31
<b>Medidas sanitarias</b>	5	1,33	1	0,43	6	0,99
Vacunas	66	17,60	36	15,65	102	16,86
Antivirales	10	2,67	10	4,35	20	3,31
<b>Planes de acción institucionales</b>	7	1,87	8	3,48	15	2,48
Planes nacionales	4	1,07	8	3,48	13	2,15
Planes autonómicos	29	7,73	3	1,30	31	5,12
<b>Otros</b>	4	1,07	14	6,09	18	2,98
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Los dos periódicos coinciden en los cinco temas principales que hemos señalado y lo muestran con el espacio de publicación dedicado a todos ellos dentro de sus páginas durante la gripe A. Sólo que el orden de prevalencia de los mismos varía de una publicación a otra.

El mayor porcentaje de las noticias de *El Norte de Castilla* se dedicó a los contagios colectivos, seguido de cerca por la temática de las vacunas.

Dejando en tercer, cuarto y quinto lugar a la prevención, las muertes y el virus H1N1, respectivamente.

Mientras que el puesto de tema más publicado en *El País* lo comparten (con igual porcentaje) los contagios colectivos, las muertes y las vacunas. Seguidos, en cuarto y quinto lugar, por las temáticas relacionadas con el virus H1N1 y la prevención.

En el otro extremo, los dos temas menos tratados durante los meses analizados fueron, en los dos periódicos, los casos de gripe A entre personajes famosos. Por lo que las referencias a estos casos concretos quedaron en algo anecdótico. Algunos ejemplos fueron:

*\*"El amigo de Harry Potter tuvo la gripe A" (El Norte de Castilla, 7 de julio de 2009).*

*\*"Gripe en Buckingham Palace" (El Norte de Castilla, 27 de julio de 2009).*

## **6.6 Atribución de responsabilidad**

En una situación de crisis generalizada, como fue la gripe A, es frecuente que ciertos sectores sociales traten de utilizar la situación para buscar responsables y atacar a sectores que les son contrarios o con los que tienen oposición, por ejemplo, de tipo político. Y el objetivo de este apartado era conocer si esa situación sucedió durante la enfermedad que estudiamos.

Los dos periódicos analizados presentan una tendencia similar a la hora de atribuir la responsabilidad de los acontecimientos acaecidos durante la gripe A.

Hay varios aspectos en los que las dos publicaciones presentan posturas claras, con porcentajes elevadísimos (de entre el 80% y el 100%) que demuestran que sus noticias presentan datos concluyentes a la hora de establecer posibles culpables de la epidemia.

**Tabla 28 En la noticia se señala a algún culpable**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	335	89,33	185	80,43	520	85,95
<b>SI</b>	40	10,67	45	19,57	85	14,05
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

De este modo, ninguno de los dos periódicos señala **ni a uno, ni a varios culpables**. Y, consecuentemente, no consideran que la enfermedad haya sido originada ni por personas físicas, ni por las instituciones.

**Tabla 29 Uno o varios culpables**

**Se señala un solo culpable**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>N</b>	363	96,80	209	90,87	572	94,55
<b>S</b>	12	3,20	21	9,13	33	5,45
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

**Se señala a varios culpables**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>N</b>	348	92,80	204	88,70	552	91,24

<b>S</b>	27	7,20	26	11,30	53	8,76
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

No obstante hay que indicar que, en las pocas noticias en las que se señala a algún culpable de lo sucedido, se apunta más a **culpables institucionales** que físicos. Al ser una epidemia de alcance internacional es muy difícil señalar a un solo culpable.

Y cuando se señala como culpables a las instituciones es, en la mayoría de los casos, porque su mala gestión de la enfermedad originó consecuencias negativas para la población. Esto se ve por ejemplo en:

*“La enfermedad es cosa de cuidado, pero el verdadero desastre los traerá la ruina económica” (El Norte de Castilla, 29 de abril de 2009)*

Hacia el final de la epidemia, la búsqueda de culpables se incrementó. Ya que era el momento de hacer balance de lo ocurrido. Y una de las instituciones que se vio más afectada por este análisis fue la OMS:

*“Las acusaciones a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de alarmismo y de favorecer a los laboratorios farmacéuticos han arreciado al decaer la incidencia de la gripe A” (El País, 13 de enero de 2010).*

**Tabla 30 Culpables físicos o instituciones**

**Los culpables son personas físicas**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>N</b>	365	97,33	218	94,78	583	96,36
<b>S</b>	10	2,67	12	5,22	22	3,64
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00



### Los culpables son instituciones

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>N</b>	343	91,47	190	82,61	533	88,10
<b>S</b>	32	8,53	40	17,39	72	11,90
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Asimismo las noticias recogidas tampoco hablan, en la mayoría de los casos de las **causas de la enfermedad**. *El País* habla de ello un poco más que *El Norte de Castilla* pero, aun así, lo hace en un porcentaje mínimo de las publicaciones (el 17,39% de las mismas).

Esto se puede deber a que lo importante para los medios de comunicación era saber cuáles iban a ser las consecuencias del virus, más que sus causas. La gripe A ya había producido víctimas mortales en México cuando se comenzó a hablar de ella en España y, por lo tanto, la preocupación de la población giraba en torno a la gravedad de la misma y no a su origen.

**Tabla 31 Menciona el relato las causas del problema**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>N</b>	360	96,00	190	82,61	550	90,91
<b>S</b>	15	4,00	40	17,39	55	9,09
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Sin embargo, los resultados claros que se presentan en torno a estos apartados no son tan obvios en torno a otros subtemas dentro de la atribución de responsabilidad. Uno de ellos es la repercusión que tuvo en prensa el análisis de si realmente se había tomado las **medidas oportunas** para paliar la enfermedad.

A pesar de que la mayoría de las noticias, no hablan de ello, los porcentajes de las que sí abordan este tema son mucho más elevados que los anteriores. De este modo, *El País* lo plantea en el 40% de sus informaciones y *El Norte de Castilla* en el 32,53%.

Y, al contrario de lo que se pueda pensar, no se esperó al final de la pandemia para estudiar en los medios de comunicación si se estaban tomando las medidas oportunas para lidiar con el H1N1. Estas informaciones se encuentran a lo largo de todo el periodo analizado. Esto se puede observar en titulares como:

*“Con los deberes hechos” (El Norte de Castilla, 27 de abril de 2009).*

*“Demanda de la familia de la joven marroquí” (El Norte de Castilla, 4 de julio de 2009).*

**Tabla 32 El relato sugiere que no se han tomado las medidas oportunas**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	253	67,47	138	60,00	391	64,63
<b>SÍ</b>	122	32,53	92	40,00	214	35,37
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

No obstante, los resultados no son los mismos en los dos periódicos para todos los aspectos estudiados sobre la atribución de responsabilidad. Y

existen dos apartados en los que dan relevancias diferentes a un mismo planteamiento.

Uno de ellos es el tema de si **el gobierno tiene capacidad para paliar el problema** de la gripe A. *El Norte de Castilla* considera que sí que la tenía en más de mitad de las noticias analizadas (53,87%), mientras que *El País* aporta una mayoría de noticias en las que no se considera esta posibilidad (52,61%).

Estos son algunos ejemplos extraídos de las noticias de *El Norte de Castilla* en las que sí que se refleja esta capacidad gubernamental para paliar la gripe A:

*“El Gobierno, sorprendido por la rapidez con la que se ha desatado esta crisis de salud pública, ha querido transmitir un mensaje de tranquilidad: España es un país seguro y la situación está controlada” (El Norte de Castilla, 28 de abril de 2009)*

*“Jiménez argumentó que la vacunación de los menores hasta 14 años, que afectará a 6,5 millones de niños, permitirá prevenir, en gran medida, el contagio en los centros escolares” (El Norte de Castilla, 28 de julio de 2009).*

**Tabla 33 El relato sugiere que el gobierno es responsable del problema**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	173	46,13	121	52,61	294	48,60
<b>SÍ</b>	202	53,87	109	47,39	311	51,40
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, más del 60% de las noticias de *El Norte de Castilla* sugieren que el problema planteado por el virus H1N1 requiere de una

**solución urgente** y *El País* presenta la postura opuesta, considerando sólo en el 39,57% de los casos que una acción inmediata es necesaria.

Esta posición de requerimiento de una solución, por parte de *El Norte de Castilla*, se puede observar en estos ejemplos:

*“Es importante que, llegado el momento, la gripe no nos sorprenda acurrucados sin haber hecho los deberes”. (El Norte de Castilla, 27 de abril de 2009).*

*“En cuanto a las personas que tenían previsto viajar a los países inicialmente afectados deberán seguir los consejos que dicten la OMS y el Ministerio de Sanidad”. (El Norte de Castilla, 27 de abril de 2009).*

*“Sin embargo, ayer se tomó la medida de aislar a otros diez chavales de este campamento, al presentar síntomas compatibles con la enfermedad, aunque su situación es buena y su evolución es ‘favorable’.” (El Norte de Castilla, 22 de julio de 2009).*

**Tabla 34 El relato sugiere alguna solución para el problema**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	144	38,40	139	60,43	283	46,78
<b>SÍ</b>	231	61,60	91	39,57	322	53,22
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

## **6.7 Interés humano**

La gripe A fue un tema social. Y, como ya hemos señalado en el marco teórico, las noticias sanitarias interesan porque afectan a los ciudadanos directamente. Y, por lo tanto, el aspecto humano es uno de los más relevantes al dar este tipo de informaciones.

Por ello, la mayoría de las noticias publicadas **hablan de víctimas o afectados** por la enfermedad. Ellos eran los verdaderos protagonistas y ésta fue una máxima que se mantuvo tanto en el medio regional como en el nacional.

Esta tendencia se observa, por ejemplo, en los siguientes titulares:

*“Otros tres pacientes están graves por la nueva gripe” (El País, 1 julio 2009).*

*“Los escolares con síntomas serán aislado y enviados a casa” (El País, 9 de septiembre de 2009).*

*“Un niño de cuatro años en Segovia, tercer caso sospechoso en la comunidad” (El Norte de Castilla, 2 de mayo de 2009).*

*“Muere de gripe A un bebé con una enfermedad respiratoria en Burgos” (El Norte de Castilla, 25 de noviembre de 2009).*

Los porcentajes evidencian, por lo tanto, que los afectados y las víctimas mortales de la enfermedad eran un pilar clave de las informaciones.

**Tabla 35 Se habla de víctimas o afectados en la información**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	140	37,33	60	26,09	200	33,06
<b>SÍ</b>	235	62,67	170	73,91	405	66,94
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Pero, si analizamos la manera en que los medios se refirieron a ellos, nos damos cuenta de que se mantuvo el respecto a su intimidad en la mayor parte de las ocasiones.

Esto se observa en el hecho de que en **no se personalizó** la noticia en el 70,13% de los casos en *El Norte de Castilla*, ni en el 67,83% de las noticias de *El País*. Además, en más del 80% de las informaciones (en ambos medios) se omiten detalles de la **vida personal** de los actores implicados.

**Tabla 36 Se introduce el relato en la vida personal o privada de los actores**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	315	84,00	187	81,30	502	82,98
<b>SÍ</b>	60	16,00	43	18,70	103	17,02
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Siempre hay excepciones como, por ejemplo, el caso de la primera víctima mortal de la enfermedad en España. Todas las noticias referidas a este caso fueron personalizadas y se dieron múltiples datos sobre la vida personal de la víctima: nombre, apellidos, fotografías, declaraciones de los familiares....:

*“Dalila, primera víctima de la gripe en España” (El Norte de Castilla, 1 de julio de 2009).*

*“Dalila no podía ni caminar” (El País, 1 de julio de 2009).*

El interés que generó este fallecimiento entre la población fue porque era la primera muerte nacional por la gripe A, a lo que se unió el hecho de que era una mujer joven y que, además, acababa de dar a luz.

La polémica se agravó, asimismo, por el deceso del bebé de Dalila, sólo unos días después del de su madre. Esta muerte fue causada por un fallo sanitario y no tuvo nada que ver con el H1N1, pero hizo que las páginas de los periódicos dedicadas a la primera víctima de la enfermedad se multiplicaran:

*\*\*\*Fallece por un error sanitario el bebé de la primera víctima mortal de la gripe A” (El Norte de Castilla, 14 de julio de 2009)*

No obstante, por norma general, se siguieron los protocolos de información que establecieron las autoridades sanitarias con el fin de proteger la intimidad de la historia clínica de los pacientes y por ello se informaba de los casos facilitando tan sólo procedencia, edad y sexo:

*\*\*\*Una zamorana de 29 años, en régimen de aislamiento domiciliario” (El Norte de Castilla, 6 de mayo 2009).*

*\*\*\*Muere en el Reino Unido un hombre de 73 años contagiado de gripe A” (El Norte de Castilla, 29 de junio de 2009).*

*\*\*\*La sexta víctima es un valenciano de 53 años” (El País, 28 de julio de 2009).*

*\*\*\*Una mujer de 33 años muere con gripe A” (El País, 15 de septiembre de 2009).*

**Tabla 37 Personalización de las víctimas**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	263	70,13	156	67,83	419	69,26
<b>SÍ</b>	112	29,87	74	32,17	186	30,74
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, los casos de **víctimas grupales** tuvieron también protagonismo en los medios de comunicación. Y, aunque *El País* se hizo más eco de este tipo de informaciones (esta temática está presente en el 61,30% de las noticias), que *El Norte de Castilla* (con un 46,13%), tuvieron una presencia relevante en ambos.

Esta diferencia estuvo motivada porque el periódico regional informaba, sobre todo, de los contagios y víctimas grupales cercanos a su público objetivo. Como, por ejemplo, los contagios que se registraron en el cuartel militar de El Ferral situado en León:

*“Defensa levanta el aislamiento de los militares del cuartel leonés de El Ferral”. (El Norte de Castilla, 3 de junio de 2009).*

Mientras que *El País*, además de hablar de los casos registrados en colegios, cárceles, cuarteles, etc... informaba, con mayor asiduidad que el rotativo autonómico, de la evolución de la gripe A en el mundo, ofreciendo datos internacionales como:

*“El H1N1 llega a Brasil y Argentina” (El País, 9 de mayo de 2009).*

*“Buenos Aires cierra tres semanas todas las escuelas” (El País, 1 de julio de 2009).*

*“Brasil teme como mínimo 35 millones de infectados” (El País, 21 de julio de 2009).*

*“China frena al virus de la gripe” (El País, 26 de noviembre de 2009).*

También hay que señalar que a ambos medios les interesaron especialmente los contagios colectivos que se produjeron en los centros escolares.

*“Sanidad confirma dos nuevos casos de gripe A en un instituto de Leganés” (2 de junio de 2009, El Norte de Castilla).*

*“Siete niños afectados en otro colegio” (El País, 4 de julio de 2009).*

**Tabla 38 Se habla en la información de víctimas grupales**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	202	53,87	89	38,70	291	48,10



<b>SÍ</b>	173	46,13	141	61,30	314	51,90
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por último, respecto al tema de la información sobre los afectados y víctimas, se observa una evolución en la manera de informar sobre ello. Esto se observa en las dos publicaciones y se produce a medida que van transcurriendo los meses desde la llegada de la gripe A a España y hasta el fin de la pandemia.

Al comienzo de la enfermedad se informaba de cada contagio, facilitando todos los detalles posibles e, incluso, de los pacientes que estaba en estudio y de los que no se sabía aún si tenían o no el H1N1:

*“Una joven de León se suma a otros tres pacientes de la región en estudio” (El Norte de Castilla, 3 de mayo de 2009).*

*“Otro militar del Ferral, en observación en Salamanca” (4 de junio de 2009, El Norte de Castilla).*

*“El primer contagiado en España se infectó tras viajar a México con su novia” (El País, 30 de abril de 2009).*

Al igual que sucedió con las primeras muertes tanto internacionales, como nacionales (con el caso de Dalila, comentado anteriormente):

*“La mujer que murió en EEUU logró dar a luz una niña antes de fallecer” (El Norte de Castilla, 8 de mayo 2009).*

*“Muere en el Reino Unido un hombre de 73 años contagiado de gripe A” (El Norte de Castilla, 29 de junio de 2009).*

Tras esta primera fase, se siguió informando sobre los casos concretos de afectados y fallecimientos pero ya de un modo más general. Centrándose sobre todo en los casos graves y en la evolución del número total de fallecimientos:

*“Cinco casos elevan a 21 los contagiados en Castilla y León” (El Norte de Castilla, 16 de julio de 2009).*

*\*\*"Dos nuevas víctimas elevan a cinco los fallecidos por gripe A en España" (El Norte de Castilla, 17 de julio de 2009).*

*\*\*"Otros tres pacientes están graves por la nueva gripe" (El País, 1 de julio de 2009).*

*\*\*"Dos niñas y un hombre elevan a siete las muertes en Reino Unido" (El País, 7 de julio de 2009).*

Y finalmente se pasó a informar sobre los afectados a través de tasas y porcentajes. La enfermedad ya tenía un carácter global y los casos individuales perdieron relevancia:

*\*\*"El número de contagios sube un 25% en una semana" (El País, 4 de septiembre de 2009)*

*\*\*"La gripe A afecta a 27 personas por cada 100.000 habitantes en la región" (El Norte de Castilla, 26 de septiembre de 2009).*

Otro aspecto del análisis del interés humano de las noticias seleccionadas es su objetividad. Y, dentro de ella, el uso de **adjetivos que generen sentimientos** de indignación, empatía, cuidado, simpatía o compasión.

Con los datos recogidos observamos que, tanto en *El Norte de Castilla* como en *El País*, hay más noticias con este tipo de adjetivos que las que carecen de ellos (con un 64% y un 63,91% de noticias que los contienen, respectivamente).

Esto indica que el enfoque de ambos medios al hablar de la enfermedad no es estrictamente objetivo, sino que incluyen elementos valorativos. Cosa que, tal y como indica el manual de estilo de RTVE, se debe evitar en los géneros periodísticos:

*\*"Es aconsejable acotar el uso de adjetivos y adverbios en los textos informativos y utilizarlos únicamente cuando tengan pleno sentido, es decir, cuando contribuyan a describir o definir cualidades que enriquezcan la información o los datos en que se sustenta. Los adjetivos deben servir para explicar mejor los hechos, no para expresar*

valoraciones” (Manual de Estilo RTVE. Punto 6.5.5 Uso de adjetivos ya adverbios).

Algunos ejemplos del uso de adjetivos valorativos son:

\*”Del caldito de aquella ministra **inefable** a esto hay alguna diferencia” (El Norte de Castilla, 1 de mayo de 2009).

\*”Alerta **máxima** y **global** ante la gripe A, convertida ya en la primera pandemia del siglo XXI” (El Norte de Castilla, 12 de junio de 2009).

\*”Argentina se encuentra cada vez más **paralizada** por la expansión de la gripe A” (El Norte de Castilla, 7 de julio de 2009).

\*”El japonés Keiji Fukuda, asesor de la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la china Margaret Chan, evitó ayer –**ostentosamente molesto**- comentar “las medidas concretas que toma cada país” (El País, 8 de mayo de 2009)

\*”Esta **escueta** relación es un calco de la acordada la semana pasada por el grupo asesor de la Comisión de Sanidad de la U”E (El País, 1 de septiembre de 2009).

Tabla 39 Emplea el relato adjetivos generadores de sentimientos

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	135	36,00	83	36,09	218	36,03
<b>SÍ</b>	240	64,00	147	63,91	387	63,97
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, el porcentaje de noticias en las que se incluyen **comparaciones entre la gripe A con otras epidemias** o problemas de salud pública ocurridos con anterioridad es mucho menor que las que no lo hacen.

Además, hay que indicar que El País utiliza más estas comparaciones que *El Norte de Castilla* (un 41,30% frente al 29,33% del medio regional).

Estas comparaciones se realizaron sobre todo en los primeros meses de la aparición del virus H1N1, ya que era un virus desconocido y era necesario buscar referencias reconocibles que ayudaran a comprender la situación:

*“El fantasma de la gripe española”* (El País, 28 de abril de 2009)

*“Las lecciones de la gripe aviar”* (El País, 29 de abril de 2009)

A esto hay que añadir el hecho de que, cuando comenzaron a aparecer casos de gripe A en España, se asoció la enfermedad con los cerdos, llegando incluso denominarla ‘gripe porcina’:

*“La gripe porcina llega a España”* (*El Norte de Castilla*, 28 de abril de 2009)

*“La gripe porcina salta fronteras”* (*El País*, 28 de abril de 2009)

*“El virus que vino del cerdo”* (*El País*, 28 de abril de 2009)

Esto causó problemas y descontento entre los productores ganaderos, que se vieron agravados además cuando Rusia decidió vetar los productos cárnicos procedentes de los cerdos españoles:

*“La UE pide a Rusia que reconsidere la prohibición de importar porcino español”* (*El Norte de Castilla*, 5 de mayo de 2009).

Lo que derivó en una nueva nominación para la enfermedad:

*“La OMS rebautiza la gripe para salvar al sector porcino”* (*El País*, 1 de mayo de 2009).

**Tabla 40 Comparación de la gripe A entre los dos periódicos**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	265	70,67	135	58,70	400	66,12
<b>SÍ</b>	110	29,33	95	41,30	205	33,88
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Otro tema que fue recurrente en los debates y tertulias sobre la gripe A fueron ‘las **patologías previas**’. La mayoría de las víctimas mortales del virus H1N1 murieron porque la enfermedad agravó problemas de salud que ellos ya presentaban antes de su contagio. Sin embargo, sólo el 25,62% de las noticias analizadas las hablan de este tema. *El Norte de Castilla* las menciona en un 27,47% de sus informaciones y *El País* en un 22,61%.

Algunos ejemplos de alusiones a las patologías previas son:

*“El asma que padecía agravó la infección”. (El Norte de Castilla, 1 de julio de 2009).*

*“La Conselleria de Sanitat valenciana confirmó que la joven de 28 años (...) padece la gripe A y está ‘muy grave’, ya que sufre obesidad e hipotiroidismo, lo que acrecienta el factor de riesgo” (El Norte de Castilla, 22 de julio de 2009).*

*“Un hombre con una distrofia muscular grave, segundo fallecido por la gripe A”. (El Norte de Castilla, 30 de septiembre de 2009)*

*“Las poblaciones de riesgo son los niños, los mayores y los pacientes con enfermedades crónicas”. (El País, 29 de junio de 2009).*

*“Una mujer de 33 años que padecía gripe A, entre otras patologías, falleció ayer por la mañana”. (El País, 15 de septiembre de 2009).*

**Tabla 41 Se habla de las patologías previas que padecen las víctimas de la gripe A**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	272	72,53	178	77,39	450	74,38
<b>SÍ</b>	103	27,47	52	22,61	155	25,62
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Un aspecto que sí que se apareció con asiduidad en los periódicos fue el análisis de las consecuencias que podía traer la enfermedad, tanto sociales como de salud. Aunque bien es cierto que se prestó más atención a las de salud (presentes en un 64,79% de las informaciones, frente al 54,21% de las noticias que hablaron de las sociales.

*El País* hizo especial hincapié en analizar las **consecuencias para la salud** de los ciudadanos, ofreciendo datos sobre ello en el 72,17% de las publicaciones sobre la gripe A. Analizó tantos los problemas que podrían derivar del virus, como del tratamiento para el mismo (efectos secundarios de los antivirales, por ejemplo). Estos se observa en:

*“¿Cuáles son los síntomas? Los de una gripe común: tos, fiebre, irritación ocular, moqueo, dolor de cabeza y de articulaciones, y, en este caso, también diarrea y vómitos”. (El País, 3 de mayo de 2009).*

*\*Efectos adversos del Tamiflu en niños sanos. (El País, 1 de agosto de 2009).*

*“Los expertos alertan de una complicación grave de la gripe A en personas sanas” (El País, 16 de septiembre de 2009).*

En *El Norte de Castilla* también se habló tanto de las consecuencias de salud que la enfermedad podía acarrear, como de las que podían originar los

tratamientos. No obstante, se habló de todo ello en menor porcentaje que en el periódico nacional (con un 60,27%). Algunos ejemplos son:

*\*Menos letal, pero más contagiosa (El Norte de Castilla, 29 de abril de 2009).*

*\*El contagio de la gripe (...) ha mermado sus defensas inmunológicas. (El Norte de Castilla, 30 de junio de 2009).*

**Tabla 42 El relato destaca las consecuencias para la salud que puede causar la gripe A**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	149	39,73	64	27,83	213	35,21
<b>SÍ</b>	226	60,27	166	72,17	392	64,79
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Asimismo, las noticias relacionadas con las posibles **consecuencias sociales** del virus H1N1 (un 54,93% de las publicadas en *El Norte de Castilla*, y un 53,04% de las de *El País*), giraron mayoritariamente en torno a dos aspectos fundamentales: el temor de que la gripe A impidiera el normal funcionamiento de los colegios y, por otro lado, la posibilidad de que el miedo a la enfermedad se extendiera entre la población y los ciudadanos acudieran en masa a los servicios de salud produciendo colapsos. Esto se observa en los siguientes textos y titulares:

*\*\*"Aulas vacías en Leganés" (El Norte de Castilla, 4 de junio de 2009).*

*\*\*"La Junta de Andalucía descarta, por el momento, atrasar el inicio del curso escolar" (El País, 24 de agosto de 2009).*

*\*\*"La OMS advierte de que la gripe puede desbordar los hospitales. (El País, 29 de agosto de 2009).*

*”Ayer, la ministra Trinidad Jiménez dijo que en este momento temía más que los sistemas de salud se colapsaran que una mutación del virus”. (El País, 15 de septiembre de 2009).*

**Tabla 43 El relato destaca las consecuencias para la vida social que puede causar la gripe A**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	169	45,07	108	46,96	277	45,79
<b>SÍ</b>	206	54,93	122	53,04	328	54,21
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por último, dentro de los aspectos relacionados con el interés humano de las piezas informativas, hemos de señalar que los dos periódicos analizados recurrieron al uso e **imágenes generadoras de sentimientos** para acompañar sus informaciones. Y lo hicieron en, aproximadamente, la mitad de las noticias analizadas. Aunque es cierto que *El País* las empleó en más ocasiones (en un 53,04% de los casos, frente al 49,60% de *El Norte de Castilla*), las cifras son prácticamente equivalentes.

Estas son algunas de las fotografías que hemos seleccionado:

*”Mueren por gripe A dos niñas que no sufrían dolencias previas” (El Norte de Castilla, 15 de noviembre de 2009)*





Pie de foto: "Niñas vacunándose contra la gripe A en una escuela húngara"

**Ilustración 17 Imagen informativa. *El Norte de Castilla*. 15 de noviembre de 2009.**

*\*\*"Argentina medirá hoy el alcance real de la nueva gripe" (El País, 6 de julio de 2009)*



Pie de foto: "Varios niños con mascarillas asisten a un partido de fútbol en Buenos Aires"

**Ilustración 18 Imagen informativa. *El País*. 6 de julio de 2009.**

*\*\*"Los besos ganarán a la gripe A" (El País, 31 de agosto de 2009)*



Pie de foto: "Es más difícil que cuajen cambios en costumbres sociales arraigadas que en cuestiones meramente higiénicas. En la imagen, unos novios se besan con la mascarilla puesta, en Pekín"

**Ilustración 19 Imagen informativa. *El País*. 31 de agosto de 2009.**

**Tabla 44 Contiene la noticia alguna imagen generadora de sentimientos**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	189	50,40	108	46,96	297	49,09
<b>SÍ</b>	186	49,60	122	53,04	308	50,91
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

## 6.8 Conflicto

Uno de los aspectos que caracterizó la gestión de la gripe A en España fue la **coordinación** entre las distintas administraciones y agentes sociales implicados en la misma. Aunque muy pocas informaciones hablaron directamente sobre ella. Sólo lo hicieron el 30,40% de las publicadas por *El País* y el 29,13% de las escritas en *El Norte de Castilla*.

Un ejemplo de piezas en las que sí se mencionó la conveniencia del trabajo conjunto fueron:

*“El Gobierno tiene que mantener un contacto organizado con las comunidades autónomas. Una gestión ordenada de estos protocolos basta para garantizar la salud de los ciudadanos y evitar el riesgo de histeria” (El País, 27 de abril de 2009).*

*“Sin fisuras contra la pandemia” (El País, 31 de agosto de 2009).*

**Tabla 45 El relato habla de la coordinación existente entre los distintos niveles de gestión**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	261	69,60	163	70,87	424	70,08
<b>SÍ</b>	114	30,40	67	29,13	181	29,92
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Y, precisamente, por esta buena coordinación, el **desacuerdo** entre partidos, individuos, grupos o países no fue uno de los temas principales de discusión en los medios de comunicación, tal y como se observa en los porcentajes de las noticias que sí que abordaron este asunto no superando, en ningún caso el 50%. Sin embargo, hay que señalar que *El País* dedicó más piezas a este tipo de informaciones (con un 40,87%) que *El Norte de Castilla* (que sólo habló de ello en un 27,20% de las mismas).

No obstante, aunque no fuera una temática prioritaria, sí que hubo puntos y momentos concretos de desacuerdo durante la epidemia del virus H1N1 en el territorio nacional.

Dos de los más relevantes fueron el desacuerdo que se produjo entre España y Rusia a raíz de la sospecha de que la gripe A procedía de la carne de cerdo ('gripe porcina') y el enfrentamiento entre las autoridades sanitarias y ciertos grupos sociales o entre diferentes países por las vacunas.

Estos son algunos ejemplos del problema originado por la decisión del gobierno ruso de vetar los productos cárnicos españoles por miedo al contagio de la enfermedad a través de estos productos. Esta entidad llegó incluso a recomendar a sus ciudadanos que no viajaran a España:

*“La UE pide a Rusia que reconsidere la prohibición de importar porcino español” (El Norte de Castilla, 5 de mayo de 2009).*

*“Rusia retira la recomendación de no viajar a España” (El País, 19 de mayo de 2009).*

También se registraron problemas entre otros países, siempre motivados por el temor a los contagios y a la expansión de la enfermedad por todo el mundo. Esto se dio, fundamentalmente, en los primeros meses de la epidemia (abril y mayo sobre todo) y se recogió muy bien en una noticia de *El País* que se tituló “*El H1N1 desata las hostilidades*”. En esta noticia se mencionaba a distintos gobiernos como el chino, el norteamericano, el canadiense, el mexicano o el francés y, en su texto, podíamos leer lo siguiente:

*“El virus H1N1 tiene una nueva víctima: las relaciones internacionales. El miedo a la propagación de una epidemia ha roto el frente que, hasta ahora, se mantenía frágilmente unido, y algunos países han decidido tomar medidas unilateralmente” (El País, 5 de mayo de 2009).*

Asimismo, las vacunas fueron otro foco de desacuerdo. Estos son algunos ejemplos:

*“Es imprescindible que, aun contemplando la posibilidad de que sea necesario ampliar el universo a vacunar, las autoridades sanitarias adelanten cuanto antes la fecha probable en la que la anunciada campaña daría comienzo” (El Norte de Castilla, 28 de julio de 2009).*

*“Sociedades científicas piden no crear falsas expectativas sobre la vacuna” (El Norte de Castilla, 31 de julio de 2009).*

*“Los interrogantes sobre la seguridad y eficiencia de esta vacuna asaltan incluso al personal médico y de enfermería” (El País, 17 de noviembre de 2009).*

**Tabla 46 Refleja el relato un desacuerdo**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	273	72,80	136	59,13	409	67,60
<b>SÍ</b>	102	27,20	94	40,87	196	32,40
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por otra parte. Más de la mitad de las informaciones de los dos periódicos analizados están libres de **reproches** de partidos, grupos, países o individuos hacia otros. Aunque, una vez más, *El País* tiene más noticias con esta temática (un 43,04%) que *El Norte de Castilla* (que sólo habla de ello en un 30,67% de sus piezas).

Si analizamos los motivos que originan los reproches nos damos cuenta de que son variados. Aunque, casi siempre, muestran una crítica a la gestión de la enfermedad por parte de las entidades gubernamentales:

*“Aunque por el momento la información epidemiológica es un tanto confusa, parece prudente esperar a que la situación se clarifique”. (El Norte de Castilla, 27 de abril de 2009).*

*“Defensa admite que fue un error no evitar la entrada de niños en la base” (El País, 24 de mayo de 2009).*

*“Sanidad segura que el trato que recibió Dalila fue el adecuado” (El País, 2 de julio de 2009)*

**Tabla 47 La noticia incluye reproches de unos sectores sociales a otros**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	260	69,33	131	56,96	391	64,63
<b>SÍ</b>	115	30,67	99	43,04	214	35,37
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Los porcentajes mencionados se mantienen similares a la hora de analizar cuántas noticias reflejan **dos caras** o más de la gripe A, siendo siempre menos de la mitad del total, y sucede lo mismo en el momento de cuantificar las piezas que señalan un **conflicto de intereses**. Y, una vez más, en ambos casos es la cabecera nacional la que más trata estos temas.

Además, ambos análisis están íntimamente relacionados ya que, en la mayoría de los casos las noticias que presentan dos caras del problema, lo hacen desde la perspectiva de que cada una de las partes implicadas tiene intereses distintos.

Algunos de estos enfoques dobles (que pueden utilizarse como ejemplo para ambas preguntas) fueron:

1. La diferente forma de evaluar las acciones tomadas para enfrentar el virus desde los partidos políticos que gobiernan y los que no:

*“El Gobierno pide al PP que no use la gripe como arma política”* (El País, 26 de agosto de 2009)

El conflicto de intereses entre unos partidos y otros es evidente: los que gobiernan quieren justificar su labor para permanecer en el poder, y la oposición debe criticarla para intentar desbancarlos del mismo.

2. Las distintas obligaciones frente a la enfermedad que tenían los profesionales y los ciudadanos de a pie:

*\*“En cuanto a las autoridades y a los profesionales sanitarios, más que estar preocupados hemos de estar ocupados en afrontar el reto”. (El Norte de Castilla, 27 de abril de 2009).*

*\*“Y esa calma depende en parte de que los responsables políticos no den síntomas de nerviosismo y convenzan a la población de que existen recursos sanitarios públicos suficientes para afrontar con éxito los riesgos de la enfermedad” (El País, 27 de abril de 2009).*

Las autoridades y los profesionales sanitarios querían mantener la calma y evitar que el sistema sanitario se colapsara. Y los ciudadanos querían respuestas y soluciones para un problema que les preocupaba.

3. El contraste de cómo una misma situación de crisis puede causar pérdidas económicas en determinados sectores sociales y beneficios en otros:

*\*“Las compañías aéreas caen, el turismo decae y las farmacéuticas se frotan las manos” (El Norte de Castilla, 29 de abril de 2009).*

Unos empresarios querían minimizar la gravedad de la gripe A para que se mantuvieran los viajes y el comercio internacional, y otros querían maximizar sus riesgos para vender soluciones al problema.

4. La dispar credibilidad que presentaban, ante los datos de personas contagiadas, los periodistas de los medios de comunicación y los de los gabinetes de prensa sanitarios. Los primeros mostraban desconfianza frente a los datos que facilitaban los segundos:

*\*“Estos dos contagios más complicados, los únicos que al menos han trascendido oficialmente hasta ahora, se han registrado en Cataluña y Madrid”. (El Norte de Castilla, 28 de junio de 2009).*

Los periodistas de los medios debían informar de todos los casos de contagio. Y lo hacían mientras que dudaban de si sus compañeros de los equipos de comunicación de las autoridades sanitarias ocultaban información para resguardar la imagen de las mismas.

No obstante, es innegable que también existieron piezas que sólo presentaban dos caras de la gripe A, independientemente de los intereses económicos o sociales de ninguno de los implicados. Un ejemplo son las

informaciones que diferencian entre la forma de afrontar el problema sanitario en países del llamado ‘primer mundo’ y países con menos recursos económicos:

*\*“Mientras que vemos que en México muere gente y cierran comercios y colegios, en España una decena de casos nos turban e inquieta. Es una agitación aparente, de nuevo rico, porque aquí, donde el destino ha colocado a unos millones de seres humanos insaciables y caprichosos, la pandemia inminente es y será una gripe”. (El Norte de Castilla, 1 de mayo de 2009).*

Otro ejemplo de dos caras de un mismo problema fue la división de opiniones que generaron los tratamientos con antivirales entre los profesionales sanitarios:

*\*“Pero el gobierno se plantea ahora que vuelvan a las boticas para agilizar el acceso al medicamento. La medida ha dividido al sector médico: unos la critican porque creen que la venta de estos fármacos tiene que estar muy controlada. Otros la aplauden: dicen que se facilitará un tratamiento más rápido a los pacientes”. (El País, 11 de agosto de 2009).*

**Tabla 48 El relato refleja dos o más caras del problema**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	223	59,47	118	51,30	341	56,36
<b>SÍ</b>	152	40,53	112	48,70	264	43,64
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia



**Tabla 49 El relato señala un conflicto de intereses**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	234	62,40	141	61,30	375	61,98
<b>SÍ</b>	141	37,60	89	38,70	230	38,02
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por último dentro del apartado de ‘conflicto’ hay que indicar que aunque el tema de si las medidas tomadas para gestionar la gripe A han sido adecuadas o no ha sido un tema de debate social, los medios analizados no hablaron de ello más allá de la presentación de las diversas posturas sobre el tema. Es decir, sólo en el 4,27% de las noticias de *El Norte de Castilla* y en el 8,70% de las de *El País*, se hace alusión a posibles **conspiraciones** o manipulaciones que demostraran que el virus H1N1 se manejó con fines ilícitos.

Y casi todas ellas hablaban de la utilización de la enfermedad por parte de las empresas farmacéuticas para enriquecerse. Estos son algunos ejemplos:

*“Rodríguez Sendín ha denunciado además hoy, en una conferencia de prensa, que ‘las epidemias del miedo siempre se crean con algún interés, económico o político’.* (El Norte de Castilla, 3 de septiembre de 2009).

*“El negocio del miedo. La nueva gripe parece ser un chollo para las empresas farmacéuticas”* (El Norte de Castilla, 2 de mayo de 2009).

*“¿No pensaron que el bombo que se dio era para vender vacunas?”* (El Norte de Castilla, 4 de junio de 2009).

*\*“Las compañías farmacéuticas han influido en los científicos y en las agencias oficiales, responsables de la salud pública, para alarmar a los gobiernos de todo el mundo y promover sus medicamentos y vacunas patentados contra la gripe” (El País, 23 de enero de 2010)*

En estas teorías se llegó a incluir incluso a la Organización Mundial de la Salud (OMS). A la que se acusó de ayudar a las grandes compañías farmacéuticas a enriquecerse a costa de la gripe A:

*\*“Agentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunciaron ayer que someterán a una evaluación externa su actuación ante la pandemia de gripe A, frente a las críticas y acusaciones de connivencia con la industria farmacéutica en la gestión de esta emergencia sanitaria” (El Norte de Castilla, 13 de enero de 2010).*

Otro punto en torno al que se generaron ideas de conspiración y uso inadecuado de la enfermedad fue la crisis económica que España padecía en 2009-2010. La gripe podía distraer a los ciudadanos de otros problemas como el paro, por ejemplo:

*\*“Hay un contexto social favorecedor: vivimos un momento de crisis, y la historia nos enseña que en estas situaciones se propagan más fácilmente las ideologías milenaristas y las construcciones de grandes pánicos ante amenazas reales o ficticias. Por otro lado, es evidente que una población atemorizada es más fácilmente manipulable, y que mientras la gripe aumenta su protagonismo disminuye el de los problemas sociales relacionados con la crisis” (El País, 22 de agosto de 2009).*

**Tabla 50 la noticia habla de conspiración**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	359	95,73	210	91,30	569	94,05

SÍ	16	4,27	20	8,70	36	5,95
TOTAL	375	100,00	230	100,00	605	100,00

Fuente: elaboración propia

## 6.9 Moralidad

Las noticias analizadas no muestran la moralidad como uno de los aspectos principales de la cobertura mediática de la gripe A. En ninguno de los valores estudiados en este apartado se alcanza siquiera el 40% de piezas que traten estas temáticas.

Por supuesto, los periódicos estudiados sí que recogieron mensajes morales y consejos en sus textos, pero sólo en valores de entre el 25% y el 39% de las noticias. De lo que se deduce que éste no era uno de los aspectos de la enfermedad que más interés suscitaron. No obstante, *El País* hizo mayor hincapié en la moralidad, presentando porcentajes ligeramente superiores a los de *El Norte de Castilla*.

Los **mensajes morales** transmitidos por ambas cabeceras giraron principalmente alrededor de cómo afectaba la enfermedad a unas personas u otras en función de su capacidad económica. Que el virus H1N1 tuviera consecuencias mucho más negativas en los países pobres que en los ricos mientras que, en cambio, los recursos para solucionar el problema y la atención recaía sólo en el 'primer mundo, hizo que leyéramos mensajes como estos:

*“Lloran en Asia y África la muerte diaria de jóvenes padres que no llegan a los 35 y mueren de viejos. Madres con sida, que traen al mundo a hijos con sida. Hambre, malaria, tifus, cólera, dengue, tuberculosis y mocos en la cara. Mocos y moscas en sus rostros. Y una mirada insoportable para mí que dice: ¿Debemos siempre morir así, siempre los mismos? Cómo podemos estar haciendo este ruido por una docena de españoles que tienen gripe”. (El Norte de Castilla, 1 de mayo de 2009).*

*“De alguna manera cuando un país rico como España acepta cubrir sólo el 40% (que ya es una tasa muy superior a la población que se*

*vacuna contra la gripe común), lo que está haciendo es evitar competir por las vacunas con otros países de su entorno y, de paso, dejar margen para que haya dosis que se puedan dedicar a los países pobres o que tengan una crisis sanitaria más grave". (El País, 11 de septiembre de 2009).*

**Tabla 51 El relato contiene algún mensaje moral**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	253	67,47	143	62,17	396	65,45
<b>SÍ</b>	122	32,53	87	37,83	209	34,55
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, **la población** recibió, a través de los periódicos, consejos que versaban, sobre todo, en cómo prevenir la enfermedad y en cómo evitar llevarla de unos países a otros:

*""Consejos: lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón. Taparse la boca y la nariz al estornudar con un pañuelo o un papel de papel. Tirarlo al contenedor. No frotarse los ojos, la nariz, ni llevarse la mano a la boca" (El País, 26 de abril de 2009).*

*\*Los inmigrantes que regresen a su país deberán vacunarse (El Norte de Castilla, 1 de agosto de 2009).*

*""Consejos para prevenir el contagio o, por el contrario, contener la transmisión. Éstos son: taparse la boca y la nariz con pañuelos de papel (...) al toser o estornudar (...) Asimismo, hay que evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, los saludos estrechando la mano o con besos,*

*compartir objetos personales como vasos, toallas...” (El Norte de Castilla, 28 de agosto de 2009).*

**Tabla 52 la información contiene consejos para la población**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	235	62,67	142	61,74	377	62,31
<b>SÍ</b>	140	37,33	88	38,26	228	37,69
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Y también se repitieron, en múltiples ocasiones, consejos prácticos de funcionamiento ante la aparición de síntomas de la gripe, con el objetivo de evitar que se saturaran los servicios sanitarios:

*“Ya está operativo el teléfono de atención ciudadana para consultas sobre el virus. En caso de que presente algún síntoma de alarma se le derivará a un centro de salud. Por el contrario, si el solicitante no muestra ningún síntoma llamativo, se le ofrecerá todo tipo de información preventiva. Este servicio tiene como objetivo (...) evitar que los centros hospitalarios se puedan colapsar debido a falsas alarmas” (El Norte de Castilla, 1 de septiembre de 2009).*

Pero estos consejos para evitar colapsos en los centros asistenciales estuvieron dirigidos a las **entidades gubernamentales** antes que a los ciudadanos (como veíamos en el ejemplo anterior). Los profesionales sanitarios que asesoraban al Gobierno les aconsejaron esta línea de actuación que, posteriormente, ellos transmitieron a los ciudadanos:

*“El comité científico que asesora al Gobierno sobre el virus H1N1 recomendó ayer recurrir a la atención telefónica y a las visitas a domicilio*

*para evitar expandir el virus y no saturar los centros sanitarios” (El País, 31 de julio de 2009).*

Estos comités de expertos también ofrecieron a las entidades gubernamentales otros consejos, de carácter científico, que influyeron en la toma de decisiones sobre la gestión de la pandemia:

*”Los expertos señalan varias razones por las que conviene adelantar la vacunación contra la gripe estacional, previsiblemente a mediados de septiembre, para evitar que coincida con la inmunización de la nueva gripe, prevista mes y medio después”. (El País, 31 de agosto de 2009).*

Por otra parte, las entidades gubernamentales recibieron también consejos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Organismo que establecía las líneas básicas de actuación para evitar la propagación internacional de la enfermedad:

*”La OMS pidió a todas las naciones estar alerta ante casos anormales de neumonía o de gripe fuera de la estación habitual o de los grupos que normalmente son los más afectados” (El País, 26 de abril de 2009)*

*”La Organización Mundial de la Salud (OMS) (...) insistió en la necesidad de no bajar la guardia porque la posibilidad de una pandemia sigue latente” (El Norte de Castilla, 19 de mayo de 2009).*

*”Chan instó a la comunidad internacional a actuar para ‘proteger a los países en desarrollo’ de llevar la carga más pesada en caso de un contagio mundial” (El Norte de Castilla, 19 de mayo de 2009).*

*”Alphaluck Bhatiasavi señaló que ‘el cierre de las escuelas es una de las medidas de mitigación que podrían ser consideradas por los países’ ante la rápida extensión de la pandemia por el mundo” (El Norte de Castilla, 22 de julio de 2009).*

Y, al comenzar a bajar la incidencia de la gripe A, también recibieron consejos sobre qué deberían haber aprendido de la experiencia y cómo se debería actuar si volvía a ocurrir algo similar en el futuro. Estos consejos estaban, por lo general, dirigidos a las entidades gubernamentales, pero también eran aplicables a los expertos sanitarios, la OMS... y, en general,

todos los actores que tuvieron algún tipo de capacidad de decisión sobre la gestión de la epidemia:

*“Hemos de conseguir hacer entender que no podemos saber si una gripe es grave cuando comienza, y, por tanto, más vale prevenir para lo peor” (El País, 19 de enero de 2010).*

*“Se debe saber qué ha fallado ya que habrá más pandemias y, si la gente no se fía de los expertos, no conseguiremos nada” (El País, 19 de enero de 2010).*

**Tabla 53 la información contiene consejos para las entidades gubernamentales**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	254	67,73	146	63,48	400	66,12
<b>SÍ</b>	121	32,27	84	36,52	205	33,88
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

La OMS ofreció también consejos a las **instituciones no gubernamentales**, fundamentalmente al personal sanitario:

*\*OMS: “Sugiere al personal de salud (...) que estén alerta ante signos que indiquen que la gripe se está convirtiendo en una enfermedad grave. Es ese caso –agregó– se deben tomar acciones inmediatas y urgentes, que incluirán la administración de oseltamivir (nombre genérico del Tamiflu) y, cuando no esté disponible, del zanamivir” (El Norte de Castilla, 22 de agosto de mayo de 2009).*

Y algunos gobiernos, como el de la Comunidad de Madrid, crearon planes de actuación y respuesta ante la pandemia que incluían consejos directos también para las instituciones sanitarias. En estas frases, por ejemplo,

se recogen recomendaciones de interés por si se producía una llegada masiva de pacientes a las mismas:

*“De llegar la saturación (...) también sería necesario contar con la colaboración de otros organismos o instituciones que puedan prestar cuidados médicos, como pueden ser centros de día, residencias de ancianos, etcétera” (El País 4 de septiembre de 2009).*

*“Hay que aumentar la capacidad para tratar a pacientes con neumonía y disponer de ventilación mecánica y/o cuidados respiratorios especializados para un elevado número de pacientes” (El País 4 de septiembre de 2009).*

Los responsables de determinados grupos sociales o lugares de reunión (como colegios o empresas) también recibieron consejos por parte de las instituciones sanitarias y gubernamentales:

*“Ante la posibilidad de que la vacuna de la gripe no esté disponible todavía, Sanidad recomendará medidas básicas de precaución en los colegios” (El Norte de Castilla, 24 de agosto de 2009).*

*“En todos los colegios de Castilla y León se darán a conocer y se favorecerá el seguimiento de las medidas higiénicas que reducen la transmisión de la infección” (El Norte de Castilla, 28 de agosto de 2009).*

*\*Consejos para que la pandemia no pare las máquinas. “La empresa debe determinar qué áreas y quiénes son los empleados esenciales y cuáles son los productos y servicios esenciales para que, en caso de pandemia, no se interrumpa el funcionamiento” (El País, 5 de septiembre de 2009).*



**Tabla 54 la información contiene consejos para las entidades públicas o privadas**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	281	74,93	158	68,70	439	72,56
<b>SÍ</b>	94	25,07	72	31,30	166	27,44
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

## 6.10 Consecuencias económicas

La inversión y las consecuencias económicas de la gripe A fueron uno de los temas menos abordado en las noticias analizadas en este estudio. No superando en ningún caso el 20% de las informaciones dedicadas al mismo.

Además, apenas se observan diferencias entre *El Norte de Castilla* y *El País* en los porcentajes referidos a las piezas que hablan de la inversión (19,20% y 18,70% respectivamente) y a las que se refieren a las consecuencias en la economía nacional (con cifras del 10,4% y 13,04%).

La disparidad se muestra en la cantidad de noticias que trataron las consecuencias de la enfermedad en la economía regional, ya que *El País* no lo recoge en ninguna de sus informaciones. *El Norte de Castilla* sí que aborda el tema, aunque lo hace en mucha menos medida que las consecuencias nacionales (sólo habla de ellos en un 5,87% de las noticias).

Lo que sí que hay que destacar es que las pocas noticias económicas se produjeron en momentos muy concretos de la crisis sanitaria y están muy bien definidas temáticamente.

Las piezas sobre la **inversión** realizada para solventar el problema giraron, primordialmente, en torno a dos ejes. El primero fueron las partidas especiales que se aprobaron dentro de los presupuestos de las entidades gubernamentales sanitarias para enfrentar la gripe A:

*\*\*"Uno de los consejos de ministros del pasado mes de agosto aprobó un crédito extraordinario por valor de 33 millones de euros para responder a las nuevas necesidades, como la compra de las vacunas y la adquisición de antivirales, además de para lanzar una campaña de publicidad e información a la población" (El Norte de Castilla, 9 de octubre de 2009).*

El País llegó incluso a hablar con los profesionales sanitarios para saber si los hospitales españoles necesitaban realizar una inversión económica espacial para estar preparados para enfrentar la pandemia:

*\*\*"La Sociedad de Medicina Intensiva, Crítica y de Unidades Coronarias (Semicyuc) ha hecho una encuesta en todas las UCI españolas (...) para saber el número de respiradores disponibles y su antigüedad. Ha resultado que entre el 30% y el 40% tienen más de diez años. 'Se van a sustituir y comprar más', asegura el presidente de la Semicyuc." (El País, 20 de septiembre de 2009).*

Y, el otro, fue la adquisición de vacunas. Para lo que también se aprobaron partidas especiales, resultantes de un minucioso estudio de previsión de gasto. Y así se reflejó en los periódicos analizados. A esta inversión se aludía, algunas veces de forma genérica, sin concretar cifras:

*\*\*"La ministra española de Sanidad, Trinidad Jiménez, había adelantado que el Gobierno se encargará de negociar una compra coordinada y masiva con los laboratorios que adelantarán el dinero necesario a las Comunidades Autónomas" (El Norte de Castilla, 12 de junio de 2009).*

*\*\*"Sanidad tendrá ahora que echar las cuentas y hacer su previsión de gasto, poner en marcha su maquinaria económica, administrativa y preventiva para identificar y cuantificar los grupos de riesgo y calcular en qué proporción y en qué plazos hay que administrar la vacuna" (El Norte de Castilla, 12 de junio de 2009).*

Y otras, se hablaba de ella con datos concretos:

*\*Las regiones abonarán 198 millones para adquirir 17 millones de vacunas (El Norte de Castilla, 4 de junio de 2009).*

**Tabla 55 Inversión realizada para solucionar el problema**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	303	80,80	187	81,30	490	80,99
<b>SÍ</b>	72	19,20	43	18,70	115	19,01
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Por otra parte, las consecuencias negativas que el virus H1N1 trajo en la **economía estatal** y que quedaban patentes en frases como ésta:

*“No hablaremos de lo costoso y hasta ridículo de otras medidas de prevención tomadas” (El País, 20 de enero de 2010).*

Estuvieron, asimismo, muy bien delimitadas en torno a cuatro temáticas que se fueron sucediendo en el tiempo.

En los primeros momentos de la llegada de la gripe A a España, la prensa centró su atención en las pérdidas que podía sufrir el sector turístico por la anulación de viajes a México:

*“Por su parte, el presidente de honor de la federación Española de Agencias de Viajes (FEAAV), Jesús Martínez Millán, anticipó ayer que ‘las ventas hacia México se están ralentizando’, aunque aseguró que ‘todavía es demasiado pronto’ para medir las consecuencias que puede acarrear la gripe porcina y su impacto en el turismo español” (El Norte de Castilla, 28 de abril de 2009).*

Y, poco después, los medios se centraron en otro sector económico que se estaba viendo afectado: el cárnico. En los primeros meses de la epidemia se creía que el H1N1 provenía de los cerdos. Por lo que algunos países, como Rusia, vetaron la carne de cerco española al saber que se había producido casos de contagio dentro de nuestras fronteras:

*\*\*"España comercializó 112.018 toneladas de cerdo o derivados a Rusia en 2008 y ocupó el tercer lugar entre los exportadores de la UE a ese mercado (representan el 14,3% de las ventas de los 27 países de la UE, que en total ascendieron a 781.201 toneladas)". (El Norte de Castilla, 6 de mayo de 2009).*

Tras el verano, la preocupación giró alrededor del comienzo del curso. La vuelta al trabajo trajo consigo la atención de los medios sobre la posibilidad de que los contagios por gripe originaran elevados índices de absentismo laboral, con las consiguientes pérdidas económicas que esto acarrearía a las empresas:

*\*\*"Como aún se trabaja sobre hipótesis, ningún organismo oficial se atreve a poner en cifras lo que puede costar la gripe A a los negocios. Según la empresa de trabajo temporal Adecco, el virus tendrá un coste laboral de 1.000 millones y la incidencia rondará el 12% de las plantillas" (El País, 5 de septiembre de 2009).*

Y, por último, una vez más el tema de las vacunas centró también las informaciones referidas a las pérdidas económicas del país. Estas piezas proliferaron sobre todo en enero de 2010 cuando, tras comenzar a remitir la enfermedad y tras haberse demostrado que su virulencia difería poco de la de la gripe estacional, comenzaron a surgir las críticas sobre el dinero que el Gobierno nacional se había gastado en la compra de vacunas:

*\*\*"La ministra de Sanidad (...) explicó que Sanidad se ahorrará 170 millones de euros tras cancelar más de la mitad de las dosis contratadas con las farmacéuticas" (El País, 13 de enero de 2010).*

**Tabla 56 El relato destaca las consecuencias para la economía española de la gripe A**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	336	89,60	200	86,96	536	88,60

<b>SÍ</b>	39	10,40	30	13,04	69	11,40
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Estos cuatro grandes temas se encontraron también en las noticias sobre las consecuencias de la gripe A en la **economía regional**, tal y como enumeramos a continuación:

**1. Anulación de viajes a México:** en Castilla y León también se trató este tema, aunque las conclusiones fueron diferentes. En el ámbito nacional se presuponían las pérdidas económicas, mientras que en el regional se preveía la posibilidad que los ingresos no se vieran resentidos y que la población cambiara los viajes a México por otros destinos, en lugar de cancelarlos:

*“Maite Villamarín, directora de producto vacacional de Viajes Halcón en Castilla y león afirma que ‘muchos clientes que iban a salir en los próximos días con rumbo a México han optado por cambiar sus pasajes y hoteles a otras zonas del Caribe’.” (El Norte de Castilla, 29de abril de 2009).*

## **2. Veto ruso:**

*“La industria salmantina destina el 50% de sus exportaciones fuera de la UE a Rusia”. (El Norte de Castilla, 6 de mayo de 2009).*

*“La consejera de Agricultura y Ganadería, Silvia Clemente, (...) recordó que la comunidad es la segunda productora de carne de porcino, por detrás de Cataluña por lo que ‘somos los más afectados’.” (El Norte de Castilla, 6 de mayo de 2009).*

**3. Comienzo del curso:** en Castilla y León las piezas sobre el fin del periodo vacacional estival se centraron más en el absentismo escolar que en el empresarial:

*“El consejero de Educación, Juan José Mateos, (...) mostró su preocupación, que también comparte Cataluña, sobre los gastos especiales imputados a esta gripe, ‘que van desde lo especial, en cuanto*

a mantenimiento de los centros y de la limpieza, como al problema y las contingencias que puede haber en el capítulo 1 (personal) y que podemos encontrarnos, sobre todo si el objetivo es que los centros, salvo contingencias muy graves, deben permanecer abiertos’.” (El Norte de Castilla, 2 de septiembre de 2009).

#### 4. Vacunas:

*\*La Junta habilita una partida extra de 100 millones para cubrir los costes de la gripe A. “La adquisición de antivirales y vacunas y las campañas de prevención obligan al Gobierno autonómico a agotar el margen de deuda de 2009”. (El Norte de Castilla, 6 de noviembre de 2009).*

*\*\*En cuanto al coste todavía está pendiente de concreción dado que la estimación inicial de 17 millones de euros se hizo en base a una vacunación que llegaría al 40% de la población y en dos dosis, por lo que es previsible que no se alcance tal cifra” (El Norte de Castilla, 10 de noviembre de 2009).*

**Tabla 57 El relato destaca las consecuencias para la economía regional de la gripe A**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	353	94,13	230	100,00	583	96,36
<b>SÍ</b>	22	5,87	0	0,00	22	3,64
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

## 6.11 Papel de la fuente (o fuentes)

El análisis de las fuentes de las noticias analizadas nos dice que, en la mayoría de las informaciones, se utilizó una misma fórmula: recurrir a **una sola fuente** para cada pieza y que esa fuente tuviera un **papel activo** en la gripe A y hablará en **representación de alguna institución** pública o privada.

Esto se siguió en los dos periódicos analizados, ya que en ambos casos los porcentajes señalan a que en más del 50% de las informaciones se utilizó este tipo de fuentes.

**Tabla 58 La noticia presenta una sola fuente. Esta fuente desempeña un papel activo**

### Se presenta una sola fuente

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	140	37,33	110	47,83	250	41,32
<b>SÍ</b>	235	62,67	120	52,17	355	58,68
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

### La fuente del relato tiene un papel activo en el problema

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	164	43,73	89	38,70	252	41,65
<b>SÍ</b>	212	56,53	141	61,30	353	58,35
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

De lo que se deduce que los medios de comunicación apostaron por tratar el problema desde el punto de vista de las personas a las que el virus H1N1 les afectaba directamente y que podían dar información de primera mano sobre la enfermedad. Y, por ello, sólo recurrieron a fuentes pasivas, es decir a personas que sólo veían el problema como meros observadores, en un 42,67% de los casos en las páginas de *El Norte de Castilla* y del 38,70% en las de *El País*).

**Tabla 59 La fuente del relato se presenta como un mero observador del problema**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>NO</b>	215	57,33	141	61,30	355	58,68
<b>SÍ</b>	160	42,67	89	38,70	250	41,32
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

Estas fuentes activas podían ser personas afectadas por la gripe A (contagiados o familiares de los fallecidos), o bien autoridades y profesionales sanitarios. Tanto la cabecera regional como la nacional, optaron en un elevado número de noticias (62,13% y 56,96%) por recurrir a representantes de las instituciones sanitarias que tuvieron un papel protagonista en la epidemia: Ministerio de Sanidad, consejerías de Sanidad y la OMS. Esto se debe principalmente a que, al ir aumentando progresivamente el número de contagios y fallecimientos, las informaciones sobre los mismos se facilitaban desde los gabinetes de prensa de estas entidades. Por lo que los medios no tenían necesidad de recurrir a los ciudadanos de a pie.



**Tabla 60 La fuente habla en representación de alguna institución**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	142	37,87	99	43,04	241	39,83
<b>SÍ</b>	233	62,13	131	56,96	364	60,17
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

En los resultados observamos también el papel relevante que los **expertos sanitarios** (médicos, enfermeros, epidemiólogos, microbiólogos...) tuvieron en las informaciones sobre la gripe A. En los dos periódicos se recurrió a ellos, como fuente principal, en un porcentaje destacable de ocasiones. Aunque fue *El País* el que veces utilizó la información de estos profesionales: 53,91%, frente al 44,80% de *El Norte de Castilla*.

**Tabla 61 Se emplea como fuente a un experto sanitario**

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>NO</b>	207	55,20	106	46,09	313	51,74
<b>SÍ</b>	168	44,80	124	53,91	292	48,26
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	100,00	<b>605</b>	100,00

Fuente: elaboración propia

## 6.12 Página en la que se publica la información

La página en la que se publican las noticias dentro de un periódico tiene relevancia a la hora de conocer cuál es la importancia que los editores del mismo le conceden a esa información. Ya que las páginas impares son las que mejor ve el lector según avanza su mirada por los textos del periódico y, por lo tanto, las informaciones que los responsables del rotativo quieren que tengan más visibilidad se suelen colocar en ellas.

Tabla 62 Página de publicación

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Par</b>	190	50,67	120	52,17	310	51,24
<b>Impar</b>	156	41,60	91	39,57	247	40,83
<b>Doble</b>	25	6,67	17	7,39	42	6,94
<b>Contraportada</b>	4	1,07	0	0,00	4	0,66
<b>Triple</b>	0	0,00	1	0,43	1	0,17
<b>Más de tres</b>	0	0,00	1	0,43	1	0,17
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Ambos periódicos informaron sobre la gripe A en páginas pares en la mayor parte de los casos. Pero con un porcentaje muy poco distante al obtenido por las noticias aparecidas en páginas impares. Por lo que se puede decir que, prácticamente, este tipo de informaciones se repartieron a partes iguales entre pares e impares.

Por lo tanto, a pesar de que los medios escritos suelen colocar en las páginas impares las noticias sobre las que quieren que recaiga más la atención

del público, en este caso no se puede considerar este factor como decisivo a la hora de establecer la relevancia que los periódicos analizados le concedieron a la enfermedad.

Lo que sí que podemos destacar es que *El Norte de Castilla* le dio más relevancia a la gripe A durante los meses analizados al dedicarle cuatro contraportadas y más páginas dobles que *El País*. Las informaciones que ocupan ambas páginas de un periódico atraen más la atención de los lectores, al igual que aquellas situadas en la contraportada.

*El País* sin embargo, le dedicó al virus H1N1 dos amplios reportajes con los que incremento el peso de este tema sobre los demás. Uno de ellos ocupó tres páginas en su suplemento dominical del 18 de agosto de 2009; y el otro, de cinco páginas en su suplemento dominical del 24 de enero de 2010. Este último salió a la luz al finalizar la pandemia y trataba de ser un balance de todo lo ocurrido durante los meses de mayor intensidad de la enfermedad.

### **6.13 Superficie de publicación**

Al igual que sucedía con la página en la que se colocan las noticias dentro de un periódico, la superficie que ocupan éstas dentro de cada página es un factor relevante a la hora de estudiar la importancia que se le ha concedido a cada información.

Para poder dotar de valores numéricos a nuestro estudio de la superficie hemos establecido los siguientes baremos: un breve es un 5% de la página, una columna de página completa un 20% y media página un 50%. Y a partir de ellos, hemos calculado la superficie de todos los demás formatos periodísticos.

**Tabla 63 Superficie de publicación**

<b>0% - 10%</b>	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>11% - 20%</b>	114	30,40	20	8,70	134	22,15
<b>21% - 30%</b>	71	18,93	66	28,70	137	22,64
<b>31% - 40%</b>	30	8,00	18	7,83	48	7,93
<b>41% - 50%</b>	32	8,53	17	7,39	49	8,10
<b>51% - 60%</b>	31	8,27	10	4,35	41	6,78
<b>61% - 70%</b>	15	4,00	14	6,09	29	4,79
<b>71% - 80%</b>	20	5,33	15	6,52	35	5,79
<b>81% - 90%</b>	18	4,80	30	13,04	48	7,93
<b>91% - 100%</b>	12	3,20	6	2,61	18	2,98
<b>101% - 150%</b>	16	4,27	17	7,39	33	5,45
<b>151% - 200%</b>	11	2,93	6	2,61	17	2,81
<b>Más de 200%</b>	5	1,33	9	3,91	14	2,31
<b>TOTAL</b>	0	0,00	2	0,87	2	0,33
		100,00	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Tras analizar la superficie que cada uno de los periódicos le dedicaba a las piezas sobre la gripe A, observamos que *El País* optó, por lo general, por formatos más grandes que *El Norte de Castilla*.

Esto se ve, por ejemplo, en que la cabecera regional publicó casi la mitad de sus noticias (un 49,33% de las mismas) en espacios que ocupaban, tan sólo, entre el 0% y el 20% de la superficie total de una página.

Sin embargo, aunque *El País* sí que utilizó pequeños formatos -de entre el 11 y el 20% de la superficie total de la página- como su forma más habitual de tratar las informaciones del virus H1N1 (las usó en un 28,70% de las ocasiones), su segundo formato más empleado fue mucho más grande. Ya que en el 13,04% de los casos se habló de la enfermedad en piezas que ocupaban entre el 71% y el 89% de la página.

Además, el periódico nacional usó en un 0,87% de las publicaciones más de dos páginas para una sola información sobre esta enfermedad, mientras que *El Norte de Castilla* no lo hizo en ninguna.

Esta diferencia se observa también en otro formato de gran tamaño. El 3,91% de las piezas de *El País* ocuparon entre página y media y dos páginas. Y vemos como este porcentaje baja hasta el 1,33% en *El Norte de Castilla*.

Por lo tanto, sólo en base a la superficie ocupada por las noticias, se podría concluir que la cabecera nacional apostó en más ocasiones por las informaciones en profundidad y *El Norte de Castilla* por las informaciones inmediatas y concretas.

Esto concuerda con las conclusiones obtenidas en el apartado 'Tipo de información' de este mismo análisis. Ya que los géneros periodísticos que más espacio físico requieren (la entrevista y el reportaje) fueron mucho más utilizados por *El País*, mientras que los apuntes o breves fueron elegidos muchas más veces por *El Norte de Castilla*.

## **6.14 Elementos adicionales. La presentación de las noticias**

Los contenidos periodísticos de la prensa escrita pueden estar compuestos por varios elementos. Estos son: texto, fotografía e infografía.

No todas las noticias tienen que poseer los tres elementos, pero el uso de unos u otros puede modificar el valor de la misma. Cuánto más elementos contenga una información, más completa será.

Las fotografías y las infografías suelen utilizarse para completar el contenido del texto y en la prensa escrita no se utilizan de manera individual ya que, incluso en las fotonoticias, la imagen va acompañada de un texto breve o ‘pie de foto’ que la contextualiza.

**Tabla 64 Elementos adicionales de las noticias**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Texto</b>	168	44,80	94	40,87	262	43,31
<b>Fotografía</b>	160	42,67	87	37,83	247	40,83
<b>Infografía</b>	23	6,13	23	10,00	46	7,60
<b>Fotografía + Infografía</b>	24	6,40	26	11,30	50	8,26
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

En este apartado encontramos resultados muy similares tanto para *El Norte de Castilla* como para *El País*.

En ambos casos las fórmulas de presentación de las noticias elegidas, en la mayor parte de los casos, son informaciones de sólo texto. Seguidas, muy de cerca, por las informaciones formadas por texto y fotografía.

Las infografías son una fórmula utilizada tan sólo en un 15,86% de las noticias (a veces como complemento de una fotografía y, otras veces, como elemento gráfico único).

Los principales usos que se dieron a las infografías fueron:

1. Dar datos de la incidencia de la enfermedad. Tanto en el ámbito mundial, como nacional o regional:

*\*"Italia, Gran Bretaña y República Checa registran más casos" (El Norte de Castilla, 26 de mayo de 2009)*



Ilustración 20 Infografía. Expansión internacional gripe A. 26 de mayo de 2009

*\*"La pandemia de la gripe se expande a Japón y Australia" (El País, 10 de mayo de 2009).*

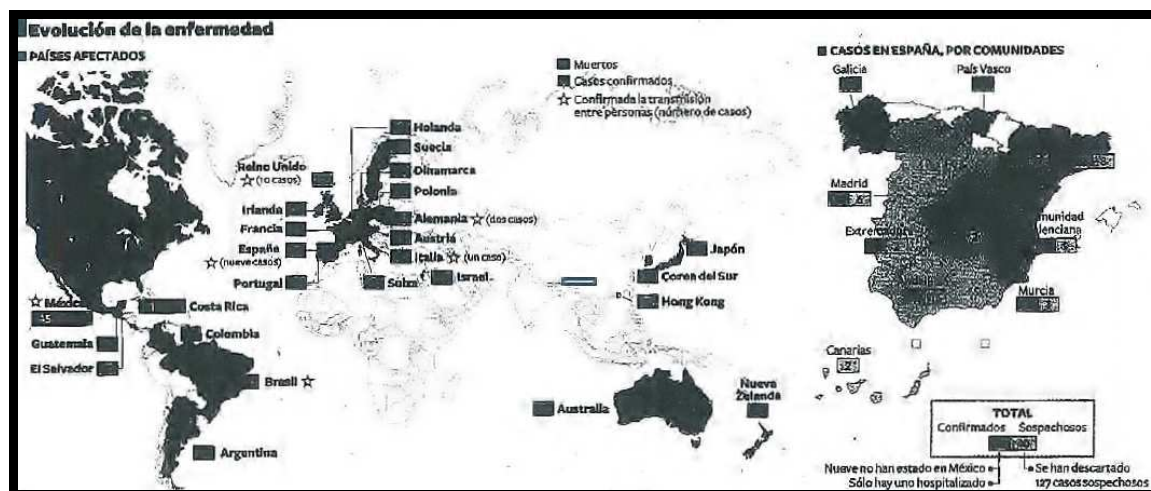


Ilustración 21 Infografía. Expansión internacional gripe A. 10 de mayo de 2009

2. Informar sobre la vacuna de la gripe A (dosis, grupos de riesgo, etc...):

*“EEUU prepara 195 millones de vacunas” (El País, 24 de agosto de 2009)*

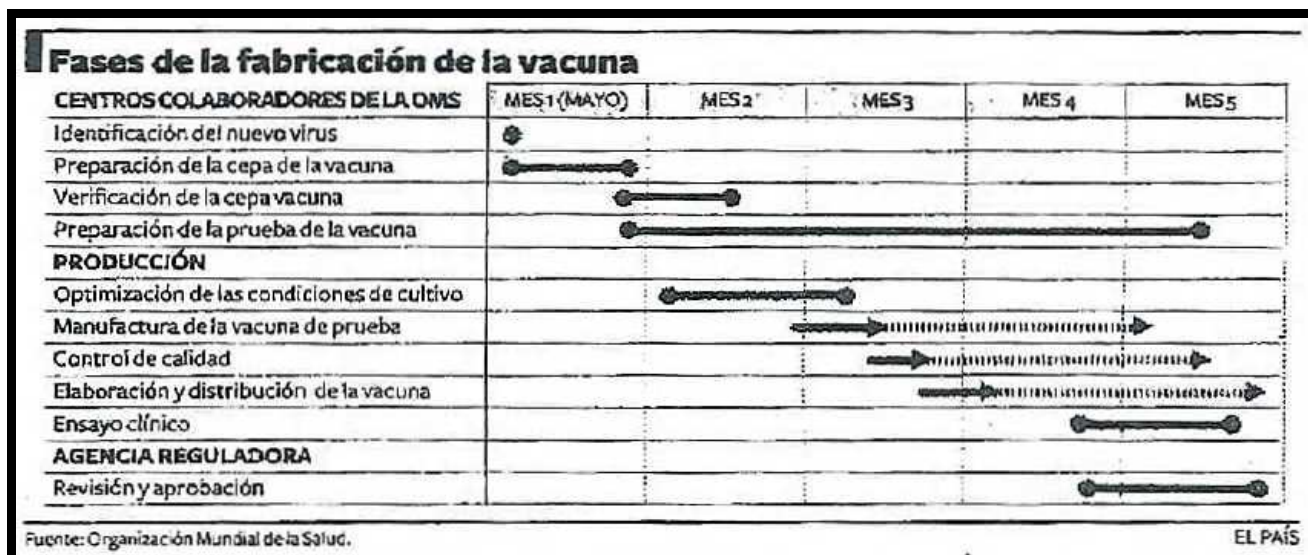


Ilustración 22 Infografía. Fabricación vacunas gripe A. 24 de agosto de 2009

*“Habrá vacunas para el 60% de la población” (El Norte de Castilla, 1 de septiembre de 2009)*



Ilustración 23 Infografía. Grupos de riesgo gripe A



3. Hacer balance de los resultados de las medidas puestas en marcha por las entidades gubernamentales:

*\*"La Junta atiende 209.095 visitas en su web y 4.081 llamadas sobre la gripe A" (El Norte de Castilla, 2 de noviembre de 2009)*



**Ilustración 24 Infografía. Balance teléfono información gripe A**

#### 4. Dar consejos a la población:

*\*"Los besos ganarán a la gripe A" (El País, 31 de agosto de 2009)*

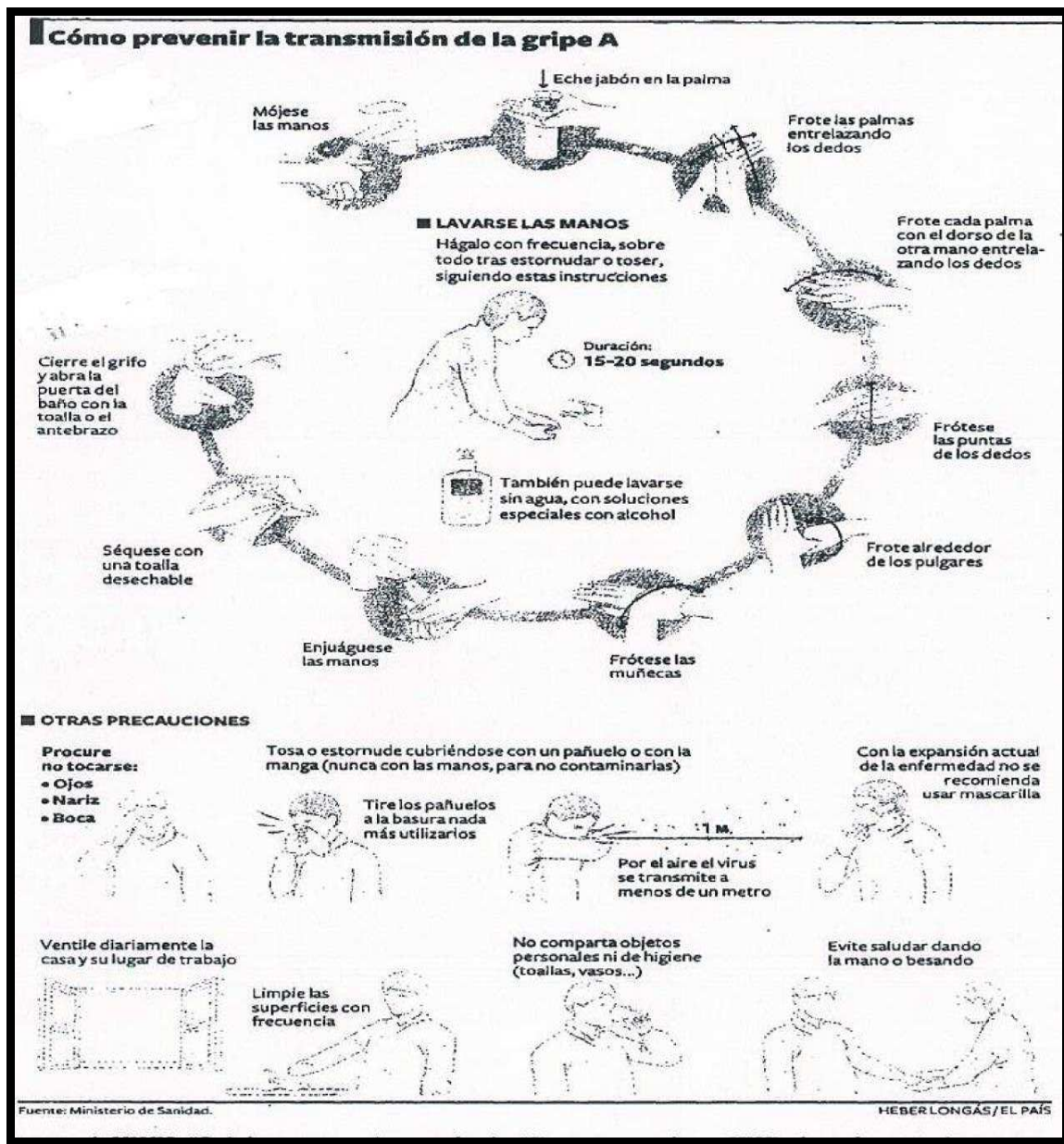


Ilustración 25 Infografía. Consejos sobre cómo prevenir el contagio de la gripe A

## 6.15 Tipo de fuente

La fuente utilizada es el origen de la información periodística y, por lo tanto, un elemento clave para el análisis de ésta. Saber de dónde vienen unos datos o unas declaraciones nos ayuda a comprenderlas y a conocer su contexto.

No obstante, hay que señalar que una misma noticia puede haber sido elaborada con datos procedentes de varias fuentes. Nosotros, para nuestro estudio, hemos valorado siempre la fuente principal.

**Tabla 65 Tipo de fuente utilizada para la elaboración de la información**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Ciudadano</b>	24	6,40	6	2,61	30	4,96
<b>Afectado</b>	8	2,13	12	5,22	20	3,31
<b>Periodista medio</b>	51	13,60	23	10,00	74	12,23
<b>Gabinete de prensa</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Político o gobierno</b>	160	42,67	97	42,17	257	42,48
<b>Profesional sanitario</b>	55	14,67	29	12,61	84	13,88
<b>Científico</b>	10	2,67	24	10,43	34	5,62
<b>Organismo internacional</b>	43	11,47	35	15,22	78	12,89
<b>Otros</b>	6	1,60	1	0,43	7	1,16
<b>Asociación</b>	7	1,87	0	0,00	7	1,16
<b>Sindicatos</b>	6	1,60	0	0,00	6	0,99
<b>Empresa</b>	5	1,33	3	1,30	8	1,32

<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>
--------------	------------	--------	------------	---------------	------------	---------------

Fuente: elaboración propia

Los dos periódicos coinciden al elegir los **gobiernos nacionales o regionales** como fuentes principales para sus informaciones de la gripe A. Mostrando, además, una gran diferencia de prevalencia frente al resto de fuentes informativas. *El País* recurrió a ellas en un 42,17% de los casos y *El Norte de Castilla* en un 42,67%.

Esto muestra dos cosas. En primer lugar, que las fuentes gubernamentales dieron mucha información a los medios de comunicación. Y en segundo lugar, que los medios de comunicación confiaban en esos datos o, al menos, los publicaban con asiduidad.

Por otro lado hay que aclarar que, al referirnos a los gobiernos nacionales o regionales como fuentes, hemos considerado tanto noticias que provinieran directamente de los políticos como de sus representantes, ya que los gabinetes de prensa nunca firman sus informaciones como tales y hablan siempre en nombre de sus representados. Esa es la razón también por la que en ambos rotativos no haya ninguna noticia cuya fuente sea, directamente, un gabinete de prensa.

La prensa confió también en la palabra de los **profesionales de la salud** y los **organismos internacionales** (principalmente la OMS) a la hora de abordar la gripe A. Aunque, *El Norte de Castilla* recurrió a los sanitarios en más ocasiones que *El País* (14,67% frente a 12,61%). Mientras que la cabecera regional recogió más informaciones de entidades internacionales que su competidor regional (15,22% frente a 11,47%).

A pesar de esta desventaja de *El País* a la hora de publicar piezas procedentes de expertos del sector de la sanidad, aventaja considerablemente a *El Norte de Castilla* en cantidad de informaciones **científicas** (con un 10,43% frente a un 2,67%).

Esto demuestra que la prensa prefirió como fuente de sus informaciones a las personas implicadas profesionalmente en la enfermedad (políticos,

médicos, científicos, virólogos....), antes que a las personas de la calle (**ciudadanos, afectados...**). A los que sólo acudieron en un 8,43% de las ocasiones en el medio regional, y en un 7,83% en el del nacional.

Otro aspecto destacable es que *El Norte de Castilla* también consideró fuentes válidas las **asociaciones** ciudadanas o sin ánimos de lucro y los **sindicatos** (recurriendo a ellos en un 3,47% de las piezas), Mientras que *El País* no publicó ninguna noticia desde esas fuentes.

Por último señalar, que los propios **periodistas de medios** fueron utilizados como fuente en un 13,60% de los casos por parte del periódico autonómico y un 10% de las veces en El País.

## 6.16 Ámbito geográfico de la fuente

Diferenciamos entre ámbito local, autonómico, nacional e internacional. Ya que entendemos que esta información es fundamental a la hora de contextualizar los datos facilitados en las noticias.

Tabla 66 Ámbito geográfico fuente

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>Local</b>	2	0,53	0	0,00	2	0,33
<b>Autonómico</b>	186	49,60	42	18,26	228	37,69
<b>Nacional</b>	100	26,67	112	48,70	212	35,04
<b>Internacional</b>	87	23,20	76	33,04	163	26,94
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Al igual que sucedía con el ámbito geográfico de las noticias, en este caso también observamos como *El Norte de Castilla* apuesta por las fuentes autonómicas como primera opción, mientras *El País* opta por las fuentes nacionales en primer lugar.

Esto se debe, una vez más, a la identidad corporativa de ambos medios y al tipo de información que cubren. Los lectores de *El Norte de Castilla*, más interesados por la información cercana, quieren escuchar a fuentes de su entorno geográfico. Y los seguidores de *El País*, que buscan una visión más global de los hechos, requieren de fuentes estatales.

En *El País* no encontramos ninguna fuente local y su presencia tampoco es significativa en *El Norte de Castilla*, periódico que opta por las fuentes nacionales como segunda opción.

Asimismo en *El País* tuvieron mayor prioridad las fuentes nacionales que las internacionales (aunque estas últimas también tuvieron mucho peso dentro del cómputo general). A los ciudadanos les interesaba mucho más escuchar las opiniones de las fuentes española que de las internacionales.

## **6.17 Tipo de protagonista**

Entendemos por protagonista de una información, aquella persona o tema en torno a la que se construye el contenido de la misma.

Una información puede redactarse alrededor de las declaraciones de una persona, en cuyo caso ella sería la protagonista. O se puede construir describiendo o hablando de un tema sin declaraciones, siendo éste tópico el que pasaríamos a valorar en este apartado.

No obstante, al igual que ocurría con la fuente de la información, una noticia puede tener varios protagonistas. Nosotros, para nuestro estudio, hemos valorado siempre al más destacado o principal.

Tabla 67 Protagonista de la información

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>Ciudadano</b>	69	18,40	37	16,09	106	17,52
<b>Afectado</b>	141	37,60	96	41,74	237	39,17
<b>Periodista medio</b>	2	0,53	2	0,87	4	0,66
<b>Gabinete de prensa</b>	0	0,00	0	0,00	0	0,00
<b>Político o gobierno</b>	84	22,40	39	16,96	123	20,33
<b>Profesional sanitario</b>	28	7,47	23	10,00	51	8,43
<b>Científico</b>	13	3,47	9	3,91	22	3,64
<b>Organismo internacional</b>	19	5,07	14	6,09	33	5,45
<b>Empresas</b>	12	3,20	1	0,43	13	2,15
<b>Asociaciones</b>	2	0,53	0	0,00	2	0,33
<b>Virus</b>	0	0,00	9	3,91	9	1,49
<b>Otros</b>	5	1,33	0	0,00	5	0,83
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Al analizar los protagonistas de las noticias, la visión cambia completamente respecto a las fuentes de las mismas. Ya que los protagonistas son, fundamentalmente, las personas de la calle. En primer lugar los **afectados** por la enfermedad son el colectivo del que más hablaron ambos periódicos (37,60% *El Norte de Castilla* y 41,74% *El País*). Y los **ciudadanos** no

contagiados también fueron uno de los grupos sociales incluidos entre protagonistas principales.

Esto indica que la prensa habló mucho de las personas normales, pero no les dio voz de una manera directa.

Sin embargo, hay un colectivo que sí que fue muy bien considerado por los medios tanto en el papel de fuente informativa, como en el de protagonista: los **gobiernos** y sus representantes políticos. Fueron el segundo grupo protagonista en los dos rotativos analizados (con un 22,40% de presencia en el regional y un 16,96% en el nacional).

Una vez más, tal y como explicamos en el apartado de 'fuentes', los **gabinetes de prensa** no aparecen como protagonistas de ninguna información, ya que estos nunca firman sus informaciones como tales y hablan siempre en nombre de sus representados.

Los **profesionales sanitarios** y los **organismos internacionales** también fueron protagonistas frecuentes en las noticias de este estudio. Aunque en mucha menor medida que los grupos ya mencionados. Ocupando la tercera posición de personajes más demandados para centrar las informaciones de los dos periódicos.

Aquí hay que señalar que estos dos colectivos fueron utilizados en muchas más ocasiones como fuentes que como protagonistas. Ellos tenían información muy valiosa y cualificada sobre la enfermedad, pero los verdaderos protagonistas eran los que la padecían.

Otro aspecto destacable es que *El Norte de Castilla* también consideró como protagonistas válidas a las **asociaciones** ciudadanas o sin ánimos de lucro (aunque en un porcentaje mínimo de las informaciones (un 0,53%), mientras que *El País* no las menciona. Las noticias del periódico castellano y leonés estuvieron también protagonizadas (en un 3,20% de los casos) por las **empresas** (hablando de sus planes de contención de la gripe A, de las consecuencias que el virus les traerían...), mientras que en *El País* sólo protagonizaron una pieza (0,43% del total).



Sin embargo, éste último medio incluyó un protagonista al que su compañero regional no consideró como tal: el propio **virus** H1N1. Como se observa en estas frases:

*“La amenaza reaparece otra vez, en este caso protagonizada por un virus de gripe porcina, el H1N1”* (El País, 26 de abril de 2009).

*“El virus H1N1 puede ser más agresivo en otoño”* (El País, 15 de mayo de 2009).

Por último señalar, que los propios **periodistas de medios** apenas fueron considerados protagonistas de las informaciones. Su presencia como tales se limitó a menos del 1% en ambos medios.

## 6.18 Ámbito geográfico del protagonista

Al igual que sucedía con el ámbito geográfico de la noticia, diferenciamos entre ámbito local, autonómico, nacional e internacional. En este caso también es importante realizar este análisis para poder contextualizar la información facilitada en las noticias.

Tabla 68 Ámbito geográfico protagonista de la noticia

	El Norte de Castilla	El Norte (%)	El País	El País (%)	TOTAL	TOTAL (%)
<b>Local</b>	3	0,80	0	0,00	3	0,50
<b>Autonómico</b>	167	44,53	42	18,26	209	34,55
<b>Nacional</b>	102	27,20	99	43,04	201	33,22
<b>Internacional</b>	103	27,47	89	38,70	192	31,74
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Una vez más, se cumple la línea de actuación que se repite en todos los aspectos analizados desde el punto de visto geográfico.

*El Norte de Castilla* apuesta por los protagonistas autonómicos como primera opción, mientras *El País* opta por las fuentes nacionales en primer lugar.

Sin embargo, aquí vemos menos distancia entre los tipos de protagonistas elegidos. De este modo, en *El Norte de Castilla* apenas observamos diferencias entre el número de protagonistas nacionales mencionados y los internacionales. Y, de igual manera, los porcentajes de presencia de los protagonistas nacionales e internacional casi no difieren tampoco en el caso de *El País*.

Esto se debe a que la actualidad informativa es la que establece los protagonistas de las noticias, más allá de la línea editorial o el público objetivo de los medios de comunicación.

## 6.19 Enfoque de la noticia

A los medios de comunicación se les acusó de ser los responsables de la alarma social generalizada que surgió en torno a la gripe A.

Por lo que necesitábamos valorar el enfoque o tono que los periodistas le dieron a las informaciones sobre la enfermedad, para comprobar si realmente predominaron en los periódicos las noticias negativas o alarmistas, frente a las positivas o neutras.

**Tabla 69 Enfoque**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Positiva</b>	109	29,07	43	18,70	152	25,12
<b>Neutral</b>	98	26,13	59	25,65	157	25,95

<b>Negativa</b>	127	33,87	90	39,13	217	35,87
<b>Crítica</b>	41	10,93	38	16,52	79	13,06
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	100,00	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

En ambos periódicos el porcentaje más elevado correspondió con las noticias que transmitían una visión negativa/pesimista/alarmista. Pero la distancia entre este tipo de informaciones y las positivas/optimistas /tranquilizadoras es menor en el caso de *El Norte de Castilla*. Por lo que se puede decir que el periódico regional dio una visión más equilibrada de la gripe A que el rotativo nacional.

Un ejemplo de información positiva sería:

\*"*No hay razón para el pánico*" (*El Norte de Castilla*, 1 de mayo de 2009)

Y, por el contrario, un titular de carácter negativo es:

\*"*Argentina declara la gripe fuera de control con unos 100.000 contagios*" (*El País*, 4 de julio de 2009).

Además, hay que señalar que los dos periódicos publicaron también un porcentaje considerable de noticias de carácter neutral con la intención de informar sobre la enfermedad sin juicios de valor. Aunque en un número mucho menor que las valorativas anteriormente mencionadas.

Algunos titulares neutrales e informativos son:

\*"*Seis nuevos casos elevan a 42 los muertos por gripe*" (*El País*, 2 de octubre de 2009)

\*"*La gripe A ha provocado este mes 59 ingresos en los hospitales de la región*" (*El Norte de Castilla*, 17 de septiembre de 2009).

Por último, tanto *El Norte de Castilla* como *El País* dejaron las noticias críticas como última opción (con porcentajes de entre el 10% y el 20% del total de informaciones). Muchas de las cuáles se publicaron en la recta final de la

epidemia (octubre, noviembre, diciembre de 2009 o enero de 2010) a modo de balance o valoración final de lo sucedido.

Algunos ejemplos de titulares de estas noticias críticas son:

*“La alarma generada por la gripe A es innecesaria para 2 de cada 3 españoles” (El Norte de Castilla, 2 de octubre de 2009).*

*“Los médicos censuran la alarma exagerada creada ante la pandemia” (El País, 2 de septiembre de 2009).*

*“Gripe A ¿la gran estafa?” (El País, 24 de enero de 2010).*

## 6.20 Autoría de las noticias

Para elaborar este apartado hemos observado la firma de las noticias analizadas. El objetivo era saber quién elaboró las informaciones y, sobre todo, si las mismas habían sido redactadas por personas de la plantilla del equipo del propio periódico o por equipos externos (como, por ejemplo, agencias de comunicación). Esto nos puede dar una idea sobre la ‘exclusividad’ de cada información, ya que los textos de agencia no los tiene un solo medio, sino muchos.

**Tabla 70 Autor de la información**

	<b>El Norte de Castilla</b>	<b>El Norte (%)</b>	<b>El País</b>	<b>El País (%)</b>	<b>TOTAL</b>	<b>TOTAL (%)</b>
<b>Redactor</b>	115	30,67	164	71,30	279	46,12
<b>Corresponsal</b>	4	1,07	22	9,57	26	4,30
<b>Enviado especial</b>	1	0,27	7	3,04	8	1,32
<b>Agencia</b>	173	46,13	11	4,78	184	30,41
<b>Columnista</b>	1	0,27	2	0,87	3	0,50

<b>Equipo editorial</b>	62	16,53	10	4,35	72	11,90
<b>Colaboración especial</b>	5	1,33	4	1,74	9	1,49
<b>Lector</b>	4	1,07	3	1,30	7	1,16
<b>No existe</b>	4	1,07	0	0,00	4	0,66
<b>Varios</b>	6	1,60	7	3,04	13	2,15
<b>TOTAL</b>	<b>375</b>	<b>100,00</b>	<b>230</b>	<b>100,00</b>	<b>605</b>	<b>100,00</b>

Fuente: elaboración propia

Este es uno de los apartados que más diferencias presenta entre un periódico y otro.

La primera de ellas es que los autores de la mayor parte de las noticias publicadas en *El País* son los propios **redactores** de su plantilla (en un 71,30% de los casos); mientras que en *El Norte de Castilla* esta la autoría se reparte entre los redactores (en sólo un 30,67% de los casos) y las **agencias** de información (con un 46,13%).

Esto demuestra que la cabecera regional recurrió más a las informaciones de terceros (las agencias en este caso) que a la conseguida directamente por sus propios periodistas. *El País*, además, apenas recurrió a las agencias como autores de sus piezas (sólo en un 4,78% de las ocasiones).

Además *El País*, como ya hemos explicado, es un periódico con mucha más vocación internacional. Y, por lo tanto, recurrió a los **corresponsales** y a los **enviados especiales** como autores de las noticias en un 12,61% de las piezas. Mientras que *El Norte de Castilla* sólo lo hizo en un 1,34%), ya que da mayor prioridad a las informaciones cercanas a sus lectores.

El medio regional sin embargo, resalta por la autoría, en múltiples artículos de opinión, de su **equipo editorial**. Los editores del periódico hablaron sobre la gripe A en un 16,53% de las piezas publicadas sobre esta enfermedad, mientras que *El País* apenas utilizó esta opción (sólo en un 4,35% de las mismas).

Por último, indicar que las figuras de los **columnistas**, los **colaboradores especiales** y los **lectores**, no destacaron como autores de las informaciones sobre la pandemia en ninguno de los dos medios analizados (presentando, en todo caso, porcentajes menores al 2%).



# **TERCERA PARTE: cierre de la investigación**

## **CAPÍTULO 7. CONCLUSIONES.**

El objetivo fundamental de esta tesis era analizar cómo funcionan los mecanismos de **comunicación de crisis** ante el surgimiento de un problema sanitario como la gripe A. Con la meta, además, de abordar el tema desde los distintos niveles existentes en el proceso comunicacional para poder obtener una visión global y multifocal de lo ocurrido.

Y, para alcanzar este fin, hemos utilizado un método deductivo en el que, con un proceso discursivo y descendente, hemos pasado de los conceptos más generales y teóricos a los resultados más particulares.

Para ello hemos cubierto diversas fases a lo largo de nuestra investigación: presentar nuestro objeto de estudio, averiguar qué se había dicho sobre él, establecer qué era lo que nosotros queríamos aportar, proceder a conocer el tema en profundidad desde un acercamiento teórico y, finalmente, realizar un análisis práctico del mismo.

En esta última etapa, hemos hablado con los actores principales de la gestión comunicativa de la crisis sanitaria de la gripe A en España y Castilla y León, y hemos analizado en profundidad las 605 noticias publicadas sobre el tema en los medios escogidos.

Y, en este punto de la investigación, procedemos a explicar las conclusiones derivadas del trabajo realizado.

Con ellas queremos resumir los resultados obtenidos en cada una de las fases anteriormente mencionadas, y dar respuesta a nuestras preguntas de investigación. Para comprobar si hemos cumplido con el objetivo que nos marcamos al comienzo de nuestro trabajo; tratando de relacionar, en todo momento las teorías del marco teórico con los resultados del caso práctico, e incluyendo asimismo las ideas propias que hemos extraído, de la labor realizada, respecto a cada uno de ellos.



## 7.1 Protagonismo de la información sanitaria en los medios escritos ante una situación de crisis.

Para poder comprender la importancia que los medios de comunicación escrito otorgan a las informaciones relacionadas con la sanidad, se debe subrayar antes la relevancia que la salud tiene para sus lectores.

La salud es uno de los temas que más preocupan a los ciudadanos españoles, y eso es algo que hemos podido comprobar empíricamente con el estudio del **barómetro sanitario** que se publicó tras finalizar la gripe A (en el año 2010).

Este estudio poblacional demostró que los españoles consideran la sanidad como un tema que les afecta directamente y, por lo tanto, le dan una gran relevancia al entrar en su esfera personal, considerándolo el tercer tema que más les interesa (sólo por detrás de su seguridad y su educación).

Esta hipótesis se refuerza, asimismo, con el barómetro publicado por el **Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS)**, un año después del surgimiento de la gripe A en España (abril de 2011). Este segundo análisis muestra que, la sanidad y la salud no sólo es un tema que interesa a la población, sino que también les preocupa; ocupando el noveno puesto en la clasificación de los temas que más afectan a la vida personal de los ciudadanos.

Por otro lado, este enfoque numérico y estadístico de la cuestión no es la única prueba que demuestra de que la salud es un tema que interesa y preocupa al público. Las respuestas de las personas que hemos entrevistado para nuestra investigación también refrendan esta afirmación.

Varias de las personas que protagonizaron la crisis de la gripe A aseguran que una de las características básicas de la información sanitaria es su **sensibilidad**, puesto que afecta y amenaza directamente a la vida tanto de los ciudadanos como de sus seres queridos:

*\*"Los temas de sanidad es que son más sensibles porque estás hablando de una cosa que para la gente es muy importante: la salud". (Maite Perea).*

*\*"Tratas el punto más sensible y que más importa a los ciudadanos. (...) La información que más interesa a los ciudadanos es la que tiene que ver con su salud, con la educación y con los temas que les atañen más directamente". (M<sup>a</sup> Jesús García).*

*\*"Otros temas afectan a sectores concretos, pero la sanidad interesa a todo el mundo". (Iñaki Pagazaurtundua).*

Y esta preocupación de las audiencias potenciales por todas las noticias que estén relacionadas con su salud origina que, inevitablemente, los medios de comunicación también se interesen por ellas.

Los periodistas tienen la obligación de responder a los intereses sociales de su público y de atender la **demanda social de información** que ellos generen y, por lo tanto, si surge una crisis sanitaria (como la gripe A) y la población quiere saber más sobre ella, debe publicarse información sobre el tema. Así lo explica María Sauquillo, redactora de *El País*:

*\*"Hubo un defensor del lector que dijo que había gente que se había quejado de que dimos muchísimas páginas sobre el tema de la gripe A. ¿Con eso generamos más alarma? Es que los lectores querían saber y nosotros no podemos responsabilizarnos de no darles la información que necesitan. Además, si llegaban las noticias nuestro deber era darlas". (María Sahuquillo).*

Esta persona asegura también que los problemas sanitarios, además de interés y preocupación, generan **morbo** y que ese es otro de los motivos por los que siempre estarán presentes en la agenda setting' de los medios de comunicación. El morbo resulta siempre rentable.

Esto se pone de manifiesto no solo con la cantidad de noticias que se publicaron sobre la gripe A (605 sólo en los dos periódicos analizados en nuestra investigación, y en tan solo nueve meses), sino también en el boom mediático que han tenido otras crisis sanitarias sucedidas con anterioridad

como, por ejemplo el denominado 'Mal de las Vacas Locas', destacado por su relevancia comunicativa por varios de nuestros entrevistados. Alguno de ellos, a su vez, están convencidos de que este interés ciudadano y mediático por la salud nunca va a desaparecer y siempre va a estar presente en nuestra sociedad:

*"Yo creo que los medios de comunicación volverían a responder igual. Estoy convencida. (...) Cambian los canales de comunicación, pero este tipo de temas siguen dando morbo y mucha página y los periodistas volverían a responder igual. Ya pasó con las vacas locas, diez o quince años antes, y se mantuvo la actitud de morbo al llegar la gripe A."*  
(Teresa Zurro).

Por lo tanto, se puede afirmar que, debido al interés que las crisis sanitarias generan en su audiencia, los periódicos dedican mucho espacio de sus publicaciones a estas temáticas. Tal y como ocurrió en el caso de las cabeceras y la gripe A y que se observa, en primer lugar, en la cantidad numérica de noticias que se publicaron en los dos medios de prensa escrita analizados en nuestra investigación (*El Norte de Castilla* y *El País*) y que ya hemos mencionado: 605 informaciones en tan solo nueve meses (de abril de 2009 a enero de 2010). Lo que demuestra el protagonismo que esta temática tuvo en las páginas de los periódicos durante la presencia del virus H1N1 en el territorio español.

La relevancia que adquirió la epidemia de la gripe A como contenido mediático se muestra también en el hecho de que, durante su desarrollo, se llegó incluso a modificar el modo de trabajar de las redacciones de los periódicos con el fin de otorgarle un mayor espacio en los mismos. Esto lo explica la jefa de prensa del Ministerio de Sanidad con las siguientes palabras:

*"No se transmitió mal (en cuanto al contenido y a las informaciones extraordinarias), pero sí exageradamente (demasiada cantidad de información). En los medios, la gripe A era una información que a los redactores jefes les gustaba y, por eso, motivaban a sus propios redactores a publicar sobre el tema. (...) El redactor normalmente es el que vende la noticia y, en este caso, estaba comprada de antemano."*

*Tenían la página asignada antes de saber qué había pasado ese día".*  
(M<sup>a</sup> Jesús García).

Era entonces un tema protagonista sobre el que los periodistas ‘debían’ escribir. Lo que se justifica, a mayores, con otro argumento para defender relevancia mediática que se le otorgó a la enfermedad: hacer prevalecer los intereses ciudadanos frente a los políticos, ya que los periodistas consideran que la mejor manera de proteger a la población frente a una amenaza sanitaria es mantenerlos bien informados sobre la misma:

*"Hay un derecho a estar informado. (...) Son una defensa. Los medios de comunicación pueden denunciar y, a veces los consiguen que los políticos se pongan las pilas".* (Ana Santiago).

De lo que deduce que informar sobre cada novedad y cada suceso que estuvo relacionado con la enfermedad era una obligación ‘moral’ de los medios para conseguir que la gestión de la crisis fuera siempre por la vía que más interesara a la población.

## **7.2 Responsabilidad social de los medios de comunicación ante una crisis sanitaria.**

Se ha señalado con anterioridad que los medios de comunicación tienen la responsabilidad de defender los intereses de la población y de ser un instrumento de control y acicate al poder utilizando, por ejemplo, el peso de la opinión pública para forzar la toma de una decisión o contando algo que las administraciones públicas quisiera ocultar por motivos políticos.

Sin embargo, los medios tienen asimismo la capacidad de tranquilizar a la opinión pública para evitar situaciones de caos o pánico injustificado, y deben saber cuándo ejercitarla. Y una de las situaciones en las que esto debe producirse es ante una crisis sanitaria, tal y como se refleja en las palabras de Ana Santiago:

*"Todo periodismo requiere responsabilidad, pero aquí tienes una responsabilidad añadida porque estas tocando temas muy sensibles".*

Ya se ha dicho que cualquier amenaza a la salud propia o de nuestros allegados produce alarma, por lo que una prioridad de las fuerzas ejecutivas es la organización de la población y recursos disponibles para poder enfrentar una situación difícil de la forma más eficiente.

En el caso de la gripe A el peligro era la posibilidad de que el miedo a la enfermedad saturara los servicios sanitarios y que el temor a un virus desconocido hiciera que se tomaran medidas exageradas.

Y los titulares alarmistas publicados por algunos medios no contribuyeron a evitar ninguno de estos contingentes. Algunos ejemplos de esos titulares mencionados son:

*“Es importante que, llegado el momento, la gripe no nos sorprenda acurrucados sin haber hecho los deberes”. (El Norte de Castilla, 27 de abril de 2009).*

*“Alerta **máxima** y **global** ante la gripe A, convertida ya en la primera pandemia del siglo XXI” (El Norte de Castilla, 12 de junio de 2009).*

*\*Argentina declara la gripe fuera de control con unos 100.000 contagios (El País, 4 de julio de 2009).*

*“Efectos adversos del Tamiflu en niños sanos”. (El País, 1 de agosto de 2009).*

*“El número de contagios sube un 25% en una semana”. (El País, 4 de septiembre de 2009).*

*“Los expertos alertan de una complicación grave de la gripe A en personas sanas”. (El País, 16 de septiembre de 2009).*

Hay que señalar también que estos titulares alarmistas se dieron, fundamentalmente, durante los primeros meses tras la llegada de la gripe A a España (lo que no significa que no hubiera también alguno publicado en los meses posteriores). Esto sucedió por varios motivos:

**1. Comparación con crisis sanitarias anteriores:** la gripe A era algo nuevo y, por lo tanto, no se sabía nada inicialmente sobre ella y las únicas informaciones que se podían obtener eran comparativas con hechos anteriores, y se observó

que la única gripe que compartía subtipo con la gripe A fue la gripe española (1918) y ésta fue una de las pandemias de gripe más agresivas de la historia VV.AA (2013:378): *“el número calculado de muertes durante la pandemia de 1918 rebasó 50 millones de personas en todo el mundo. Entre militares estadounidenses, falleció por la gripe un número de hombres aproximadamente equivalente al correspondiente a las acciones militares directas durante la Primera Guerra Mundial”*. La comparación con este virus fue, probablemente, una de las causas de la alarma social y mediática surgida al inicio de la gripe A.

**2. La enfermedad surgió en un momento atípico:** la gripe estacional se produce en invierno y, por el contrario, los primeros casos de la gripe A se declararon en el mes de abril, en plena primavera.

Lo que se unió al hecho de que las primeras víctimas mortales de la enfermedad llegarán también antes que los meses fríos. La primera muerte se produjo de hecho, en pleno verano (30 de junio de 2009).

**3. Afectaba a un grupo poblacional distinto al de la gripe estacional:** tal y como señalaron los expertos, el virus H1N1 afectó más a la población joven, cuando el resto de gripes suelen ser más agresivas con la población anciana, probablemente, porque las personas mayores tienen más patologías previas y, por lo tanto, menos fuerza inmunológica para responder ante los virus gripales. El cuerpo joven suele responder sin problemas ante ellos.

Sin embargo, la gripe A fue diferente y se detectaron muchos casos graves en personas que tenían entre 17 y 55 años, lo que alarmó mucho al comienzo de la enfermedad.

Por todo esto podemos afirmar que los medios no siempre fueron responsables, ya que aunque contribuyeron a tranquilizar en alguna ocasión y a transmitir los mensajes de prevención de la enfermedad, no fue una norma a seguir. Sólo se hizo de manera puntual.

Esto se confirma, por una parte, con las declaraciones de las personas entrevistadas en nuestra investigación, tal y como se observa en los siguientes ejemplos:

*\*"Se publicaron titulares peligrosos: meter el miedo en el cuerpo no suele estar justificado". (Teresa Zurro).*

*\*"Se genera una alarma desbordada, exagerada". (Ana Santiago).*

*\*"Sacaron muchos "demonios": por ejemplo, cuando dijeron que las vacunas no era seguras. Y eso no era cierto". (Ortiz de Lejarazu).*

Y se apoya también en los datos numéricos obtenidos en el análisis de noticias, que demuestran que un **35,87%** de las noticias publicadas tuvieron un enfoque negativo sobre la enfermedad o su evolución, lo que no contribuyó en absoluto a tranquilizar a la población.

Por todo ello, los medios de comunicación no fueron lo suficientemente responsables a la hora de evitar el alarmismo informativo frente a la gripe A y no cumplieron, en consecuencia, la finalidad de transmisores de información de servicio que les correspondía en todo momento. Y esto, además, de los ya señalados, traía consigo otro peligro importante: condicionar las acciones que la población tomara respecto a la enfermedad hacia un camino equivocado y asustar o desalentar, sin motivo, a las personas contagiadas y a sus familiares.

El exceso de alarmismo mediático puede provocar además el desinterés de la audiencia hacia la temática tratada, y hacer que no se molesten, por ejemplo, en tomar las medidas de prevención correctas (como sucedió con la vacunación frente a la gripe A), tal y como señalábamos en el marco teórico de nuestro estudio con estas palabras de Richard Ellis y Ann McClintock (1993:219): *"el punto de vista actual es que el uso del miedo puede, de hecho, entorpecer el impacto de una campaña. La razón es que, si las personas están asustadas, escapan de la situación que les causa el miedo, y la forma más fácil es dejar de mirar, escuchar o leer".*

Por último, hay que señalar también que esta falta de responsabilidad social por parte de los medios de comunicación no sólo se materializó en la publicación de titulares alarmistas, sino también en la difusión de datos personales y clínicos de algunos afectados por la enfermedad. Esto sucedió, por ejemplo, en el caso de la primera víctima mortal de la enfermedad en España, Dalila.

Estas decisiones también alarmaban a la población e iban, además, en contra de las normas jurídicas y legislativas de confidencialidad sobre datos médicos que indicábamos en el marco teórico del estudio y que están recogidas en textos y momentos históricos como el Juramento hipocrático, la Convención de Ginebra de 1984, la Ley General de Sanidad de 1986 o el Código Penal, entre otros.

En definitiva y por todos los argumentos expuestos, se puede concluir que el alarmismo presentado por los medios de comunicación fue exagerado. Aunque los periodistas de medios de comunicación justifiquen su labor y aseguren que intentaron, en todo momento, evitar la alarma social:

*“Yo no sé si todos los medios. Pero nosotros sí que intentamos evitar el causar alarma”. (María Sahuquillo).*

*“En las reuniones salían las palabras ‘no crear alarma’. No pasarse con el tema”. (Ana Santiago).*

### **7.3 Fuentes de información mediática prevalentes en la crisis sanitaria de la gripe A**

Tal y como se ha podido comprobar, tanto con el análisis de noticias realizado como a través de las declaraciones de los protagonistas de la crisis sanitaria entrevistados, las principales fuentes de las que bebieron los dos periódicos estudiados fueron la Administración y las autoridades sanitarias, y no los propios afectados por la enfermedad.

Los tres colectivos fueron los principales protagonistas del momento histórico estudiado y, tal y como se comprueba con los datos numéricos obtenidos en el análisis de las informaciones publicadas que hemos realizado, en el **58,35** de los casos se optó por fuentes que hubieran jugado un papel activo en la crisis sanitaria. Su experiencia era una información de valor.

Pero, en el caso de los afectados, como explicamos más adelante, su experiencia se contó a través de otros, sin ser ellos mismos la fuente de la misma.



Pasamos a concretar más las conclusiones obtenidas al respecto.

#### 1. La Administración:

En el **60,17** de las noticias estudiadas se emplea una fuente que habla en nombre de una institución y un **42,48** del total de publicaciones utilizan una fuente de origen político o gubernamental.

Por ellos, concretando en las instituciones de carácter político-administrativo, nos centraremos especialmente en el Ministerio de Sanidad y la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León por ser, en nuestro caso, las que más interesan a la investigación.

Ambos organismos fueron fundamentalmente el origen de las informaciones emitidas sobre la evolución de la enfermedad, entendiendo por la misma los datos sobre el número de casos sospechosos, personas infectadas y víctimas mortales. Todos ellos facilitados a través del sistema de informes, notas de prensa y tasas ya explicado.

De esta manera, estas fuentes ofrecían una información fiable y coordinada, con el fin de que no hubiera errores de comprensión de los mensajes, ni se produjeran dualidades en los datos numéricos facilitados desde el Gobierno central y las comunidades autónomas:

*“La Consejería de Sanidad siempre estuvo muy en contacto con el Ministerio y todas las actuaciones se hicieron de manera coordinada y conjunta”. (Álvarez Guisasola).*

*“Se logró un consenso en la comunicación. Yo eso nunca lo había visto de una manera tan clara. Fue la clave del éxito de la comunicación.”. (M<sup>a</sup> Jesús García).*

Este trabajo conjunto se consiguió convirtiendo a la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez, en la portavoz oficial de las fuentes administrativas y convocando reuniones periódicas de todos los responsables de comunicación de las entidades públicas implicadas en la crisis bajo la dirección de la jefa de prensa del Ministerio, M<sup>a</sup> Jesús García.

Sin embargo estas informaciones facilitadas por las fuentes administrativas, a través de sus gabinetes de prensa (de los que hablaremos

más adelante), eran fundamentalmente de carácter estadístico y 'frío'. Es decir, no aportaban datos de 'interés humano' que los medios de comunicación buscaban en otra de las fuentes, fundamentalmente ciudadanos y profesionales sanitarios.

No obstante, a la hora de referirnos al interés humano de las informaciones, nos damos cuenta de que sucede algo curioso. En el análisis de noticias comprobamos que sólo se recurrió como fuente a los afectados por la enfermedad en un **3,31%** de los casos, a pesar de que fue este colectivo el que protagonizó el **39,17%** de las informaciones publicadas por *El Norte de Castilla* y *El País*. Esto muestra que se hablaba de ellos, pero sin darles voz directamente. Es decir, se hablaba de ellos a través de las personas que tenían alrededor y cuyos testimonios, son necesariamente menos precisos que los de los propios protagonistas. Haber recurrido a ellos en más ocasiones hubiera sido algo periodísticamente lícito y recomendable ya que hay que dar todas las visiones de la noticia para que esta sea completa y objetiva y ellos son, además, los propietarios de su propia información clínica.

El hecho de entrevistar a terceras personas para conocer detalles sobre la salud de un protagonista es el problema. Y aquí es donde surgió la polémica sobre la confidencialidad de la historia clínica de los pacientes del Sistema Nacional de Salud (cómo ya hemos explicado en apartados anteriores).

Y, aun siendo cierto, que en la mayoría de las noticias analizadas no se entró en detalles de la vida personal de los afectados (82,98%), sí que hubo casos en que se hizo (17,02%), muchas de ellas sin permiso explícito de la persona afectada.

Estos datos no fueron por lo tanto facilitados por las fuentes administrativas, ya que éstas trataron en todo momento de respetar la intimidad de los ciudadanos, llegando incluso a convocar reuniones con los directores de los medios de comunicación para pedirles su colaboración a este respecto y evitar así futuras acusaciones de falta de transparencia.

Asimismo, hay que señalar como fuente utilizada por los medios de comunicación a las autoridades sanitarias. Entendiendo como tales tanto las entidades sanitarias internacionales (como la OMS) y nacionales (como el

Centro Nacional de la Gripe), como los expertos sanitarios que, de manera individual, gozan de prestigio y autoridad en la materia de la gripe A.

De esta manera, se recurrió a este tipo de fuente en un **32,39%** de las noticias analizadas, dividido de la siguiente manera: 13,89% instituciones sanitarias internacionales, 13,88 profesionales sanitarios y 5,62% científicos.

Los entrevistados señalan incluso que fueron estas fuentes las que hicieron saltar la noticia de la gripe A y, por lo tanto, las que pusieron en marcha la explosión informativa que surgió en torno a la enfermedad en los medios españoles. De hecho la alarma inicial en torno a la enfermedad surgió tanto de los muertos que se producían en México, como de los avisos de la OMS. El papel que tuvieron las declaraciones de la directora de esta entidad, Margaret Chan sobre el virus H1N1 el 25 de abril de 2009 fueron decisivas en el clima de temor internacional posterior.

Esto se además al hecho de que el interés por la enfermedad se afianzó entre los periodistas de porque los profesionales sanitarios fueron los primeros en interesarse por la misma. Tal y como explican ellos mismos:

*\*"Un experto me dijo: estate atenta de esto que ya verás cómo en unos meses éste va a ser el tema. (...) A partir de que se empiece a hablar del miedo a que nos llegue la gripe A (que es terrible, terrible, terrible...), empieza a haber jornadas, reuniones, foros, encuentros..."* (Ana Santiago).

*\*"Si las autoridades sanitarias (no solamente españolas, sino de máximo nivel como la OMS) nos están hablando de que hay una crisis sanitaria, nosotros se lo tenemos que contar a nuestros lectores".* (María Sahuquillo).

Por lo tanto, podemos inferir que los primeros casos de gripe A fueron destacados por las autoridades sanitarias y calificados por ellas como algo "novedoso" y de gravedad "desconocida". Sin estos avisos puede que la enfermedad se hubiera considerado una gripe más y que los casos hubieran pasado desapercibidos de no ser por avisos como los realizados por la OMS:

No obstante, la misión principal de las autoridades sanitarias como fuentes y el papel que jugaron en la comunicación de la gripe A giró en torno a dos aspectos fundamentales. Por un lado, el hacer llegar a los periódicos españoles la información sobre lo que estaba pasando en el resto del mundo. Lo que fue posible gracias a la coordinación internacional existente entre entidades.

Y, por otro lado, completar las noticias con declaraciones de expertos en salud que las daban veracidad y consistencia, y que servían a los periodistas para cerciorarse de que la información compleja que estaban manejando era correcta y estaba bien explicada. La salud es un tema muy sensible y todo lo que se publique sobre ella debe ser veraz y estar contrastado con fuentes profesionales que, en muchas ocasiones, eran facilitadas por los propios gabinetes de prensa del Ministerio de Sanidad o de las respectivas comunidades autónomas. Las declaraciones eran sanitarias, pero provenían del mundo administrativo, fusionando de este modo ambas fuentes mencionadas en este análisis.

También hay que señalar que la relación entre los medios de comunicación y los expertos sanitarios no siempre fue sencilla, porque muchos profesionales de la salud desconfían de que los medios sean capaces de transmitir su mensaje con exactitud y temen que puedan tergiversar sus palabras. Por lo que la intermediación de los gabinetes de prensa fue clave, en muchas ocasiones, para llegar al consenso entre ambos colectivos:

*“Antes de hablar con un medio de comunicación, avisaba al gabinete de prensa de la Junta de Castilla y León para coordinar la información. Porque no hay nada peor que la información descoordinada”. (Ortiz de Lejarazu).*

Finalmente podemos concluir que las autoridades sanitarias fueron fuentes relevantes, pero no marcaron en ningún momento la línea comunicativa a seguir por parte ni de los gabinetes de prensa ni de los medios de comunicación. Eran meros emisores de información y no gestores de la misma.

Ninguno de los entrevistados, ni gestores ni periodistas, ha declarado haber recibido órdenes o instrucciones sobre cómo debían actuar por parte de instituciones como la OMS.

#### **7.4 Principios periodísticos en el trabajo realizado por los gabinetes de prensa sanitarios.**

Tal y como explicábamos en la parte teórica de nuestra investigación, los gabinetes de prensa son un fenómeno relativamente reciente en España, pudiendo datarse su origen, siguiendo las palabras de Julio Feo, a los años 1968 y 1969, ya que fue en ese periodo histórico en que aparecieron las primeras empresas de comunicación.

El hecho de que este tipo de entidades surgieran en la época más aperturista del franquismo y se consolidaran al llegar la democracia demuestra que su existencia requiere de libertad de expresión. Por lo que, de base, su actividad tiene un carácter positivo de diversidad informativa. Los regímenes totalitarios se caracterizan por presentar canales de información oficiales y únicos a través de los que se transmite un solo mensaje. Y el hecho de que cada entidad pública o cada empresa privada pueda tener sus propios comunicadores y, en consecuencia su propia voz, hace que se multipliquen las posibilidades de que los mensajes que le lleguen a la población sean veraces y objetivos. Cuantos más canales de comunicación existan, más información y, por lo tanto, más pluralismo.

Tras este planteamiento inicial y para centrarnos en el caso de la gripe A diremos, que durante esa crisis sanitaria, los gabinetes de prensa fueron una de las principales fuentes informativas para los medios de comunicación, aunque esto no se refleje en los datos objetivos obtenidos de las noticias analizadas en nuestro caso práctico y en los que no hemos detectado noticias en las que se referencia a los mismos como fuente.

Esto se debe a que la labor de los gabinetes de prensa es actuar en nombre de sus representados (en este caso los profesionales de la Consejería de Sanidad de Castilla y León y Ministerio de Sanidad y el personal sanitario

que trabaja para estas instituciones), por lo que es a ellos a los que se referencia en los periódicos. Lo que no implica que detrás de sus nombres no esté la labor desempeñada por sus periodistas de gabinete.

Por lo tanto y entrando en el análisis de su papel como transmisores de información, observamos que las personas entrevistadas aseguran que el día a día de los gabinetes de prensa se basó siempre en dos premisas durante la gestión de la crisis sanitaria de la gripe A: corrección y transparencia en la información. Por lo que, a través de sus declaraciones, se podría concluir que su trabajo estuvo dirigido, efectivamente, a la transmisión de datos objetivos y veraces.

Pasamos a analizar estos dos pilares más en profundidad.

#### 1. Corrección:

Los jefes de prensa y periodistas de los gabinetes de prensa con los que hemos hablado para realizar esta investigación aseguran que, en ningún momento, facilitaron información que no estuviera debidamente contrastada y comprobada con expertos sanitarios. Afirman que se cumplió correctamente con la responsabilidad que implica el manejo de información sensible, como es la relacionada con la salud y que se llegaba, incluso, a enviar los texto que emitían a los profesionales de la salud para que estos corrigieran las incorrecciones e imprecisiones que pudiera haber, antes de publicarlos o enviárselos a los medios.

Así pues, sabemos que tanto el Ministerio como la Consejería de Sanidad de Castilla y León seleccionaron a un grupo de profesionales sanitarios, expertos en salud pública, epidemiología y virología, de total confianza para ellos, con los que contar a la hora de tomar decisiones respecto al manejo del virus H1N1 (tanto desde el punto de vista gestor como comunicativo). Contando, además, con la colaboración de las entidades más especializadas en gripe como son el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), la Sociedad Internacional de Epidemiología y el Centro Nacional de la Gripe:

### 3. Transparencia:

Fue el segundo gran pilar de la comunicación realizada por los gabinetes de prensa. Las personas entrevistadas aseguran que no ocultaron nada con el fin de ganarse la confianza tanto de los periodistas de los medios de comunicación como de la población. Sólo si estos dos colectivos confiaban en ellos era posible hacer llegar a los ciudadanos los mensajes de tranquilidad y prevención que las entidades gubernamentales consideraban imprescindibles para la gestión de la gripe A.

Por ejemplo los ciudadanos debían seguir haciendo su vida normal, al tiempo que cumplían con las medidas higiénicas necesarias para evitar la expansión de la enfermedad. Y esto no sería posible sin que estos confiaran en los mensajes que les llegaban.

Tranquilizar era la clave para impedir revueltas sociales y la saturación de los recursos sanitarios.

No obstante, fue en este punto donde los gabinetes de prensa recibieron las principales críticas sobre su trabajo. Ya que, a pesar de la política de máxima transparencia establecida, se negaron a facilitar a los medios datos personales o clínicos de las personas afectadas por el virus H1N1, siguiendo el concepto ya explicado de privacidad de la historia clínica de los pacientes.

Algunos periodistas acusaron a las instituciones de secretismo, pero los profesionales de las mismas no pueden romper el secreto de las historias clínicas de sus pacientes. Sólo se facilitaban datos *sexo, edad y causas generales del fallecimiento* si éste se producía (sin existían patologías previas o no, por ejemplo), sin entrar en más detalles sobre la vida personas de los pacientes.

Por lo tanto, los datos que se dieron a este respecto por parte de los medios de comunicación tuvieron que ser obtenidos de otras fuentes no gubernamentales, como ya hemos explicado.

Finalmente, y a modo de resumen, recogemos las siguientes palabras del periodista del gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad en las que

se sintetizan cuáles fueron las bases del trabajo de estas entidades durante la gripe A:

*“Aunque las bases de actuación ante una crisis son siempre las mismas: identificar el hecho a comunicar, seleccionar portavoces, decir siempre la verdad y, si es posible, adelantarse a las peticiones de los medios. Las bases de la estrategia utilizada fueron: protocolos de actuación, coordinación con otras administraciones y continua atención a la información diaria para adelantarnos a las cuestiones que sabíamos que nos iban a plantear los medios. Tener previsto todo lo posible teniendo en cuenta que una pandemia es imprevisible y no sabes hacia dónde va a ir”. (Iñaki Pagazaurtundua).*

## **7.5 Trabajo conjunto de los medios de comunicación y los gabinetes de prensa.**

Como ya se ha mencionado uno de los objetivos principales de los responsables de los gabinetes de prensa era ganarse la confianza de los medios de comunicación y, para conseguirlo, **trabajar de manera conjunta** era fundamental.

Por ello, los gabinetes de prensa estuvieron disponibles continuamente para los medios de comunicación, abiertos 24 horas para atender sus demandas y siempre dispuestos a facilitar datos de manera diaria y continuada. Y, además, se emitieron mensajes que siguieran los ‘sinónimos universales del habla’ planteados por Habermas y que, según el autor, son la clave de la confianza entre los distintos niveles informativos. Es decir, los gabinetes de prensa trataron de alcanzar el un consenso comunicativo transmitiendo la información de manera inteligible, ajustada a la realidad, que cumpliera con la rectitud normativa y que fuera veraz.

Este trabajo conjunto se reflejó especialmente en dos aspectos: la transmisión de la información de servicio y la labor de traducción



**1. Información de servicio:** la prevención es clave en cualquier crisis sanitaria y la única manera de ponerla en marcha de manera eficaz es que las entidades gubernamentales y los medios de comunicación colaboren.

Los gabinetes de prensa son los que tienen en sus manos la información, consejos y recomendaciones de los expertos sanitarios y de los gestores, necesarios para frenar la expansión, en este caso, del virus H1N1.

Y la forma más efectiva de hacérselos llegar al mayor número de ciudadanos posibles es mediante el altavoz que suponen los medios de comunicación. Y en este punto, durante la crisis sanitaria de la gripe A, el trabajo en equipo sí que se logró, tal y como afirman entrevistados tanto de los gabinetes de prensa, como de los medios de comunicación:

*“Esa es la misión principal: que los mensajes lleguen. Si no llegan es que no estás haciendo bien tu trabajo. Los gobiernos tienen que mandar mensajes para que la población se prevenga”.* (Maite Perea).

*“Los medios fueron un apoyo a las consejerías de Sanidad y a Salud Pública a la hora de divulgar consejos, campañas...”* (Ana Santiago).

Este éxito de la colaboración se comprueba también de manera numérica al ver que en el **33,88%** de las noticias publicadas por los dos periódicos analizados, se daban consejos prácticos a la población sobre cómo actuar frente a la gripe A. Como se observa además en estos ejemplos extraídos de las mismas:

*“Consejos: lavarse frecuentemente las manos con agua y jabón. Taparse la boca y la nariz al estornudar con un pañuelo o un papel de papel. Tirarlo al contenedor. No frotarse los ojos, la nariz, ni llevarse la mano a la boca”* (*El País*, 26 de abril de 2009).

*“Los inmigrantes que regresen a su país deberán vacunarse* (*El Norte de Castilla*, 1 de agosto de 2009).

*“Consejos para prevenir el contagio o, por el contrario, contener la transmisión. Éstos son: taparse la boca y la nariz con pañuelos de papel (...) al toser o estornudar (...) Asimismo, hay que evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca, los saludos estrechando la mano o con besos,*

*compartir objetos personales como vasos, toallas...” (El Norte de Castilla, 28 de agosto de 2009).*

**2. Trabajo de intermediación social:** la información sanitaria es compleja y el lenguaje médico y científico que utilizan los expertos sanitarios es, a veces, poco comprensible para la población general. Por eso, los periodistas deben ejercer de traductores de los términos técnicos a los coloquiales, para que la información llegue al mayor número de personas posible. Y eso es algo que también deben hacer, de manera conjunta, tanto gabinetes de prensa como medios de comunicación. La información emitida desde ambas fuentes debe ser igualmente entendible.

Asimismo, hay que indicar que esta confianza para trabajar de manera conjunta fue posible también, en parte, gracias al mensaje de coordinación con otras entidades internacionales que transmitieron los gobiernos españoles. Ya que, no hemos de olvidar, que la gripe A fue un problema mundial y no nacional. Por lo que la idea de constante comunicación con otros estados y con la OMS, también incrementaba la confianza de los medios de comunicación en los gestores.

Y, finalmente, hay que señalar otra pauta que hizo que el trabajo conjunto de los periodistas institucionales y mediáticos fuera posible: la independencia de los medios de comunicación.

El momento de democracia y pluralismo que vivimos en la actualidad y que antes comentábamos permite que, tal y como se señala en el marco teórico de este trabajo, los medios no tengan la obligación de transmitir los mensajes ‘oficiales’ de las entidades públicas. Está en sus manos comprobarlos o cambiarlos si desconfían de ellos, lo que incrementa la transparencia del proceso. Recordamos aquí las palabras de Benito (1982: 186):

*“Si la situación de comunicación debe ser entendida como poner en conocimiento de un medio de comunicación social unos saberes, mensajes o noticias que interesan a ese medio social, este medio social debe ser considerado como un elemento activo que acoge esos mensajes tal como vienen, que los rectifica, amplía o rechaza”.*

No obstante, y a pesar de todos los aspectos positivos referidos, hay que reconocer que la confianza y el trabajo en equipo entre los medios de comunicación y los gabinetes de prensa durante la gripe A no fueron absolutos. Existieron **problemas y ausencia de coordinación** relacionados con cuatro aspectos.

1. **Intereses dispares.** Los objetivos de los periodistas de gabinete y medio no son los mismos, ya que los primeros tienen unas metas políticas o económicas que los segundos no tienen.

Las comunicación realizada desde los gabinetes de prensa se hace en nombre de una institución y, por lo tanto, tiene una finalidad clara de proteger la imagen de la misma para que esta alcance sus objetivos: vender más, tener más clientes, se refrendados en una votación, etc. Y, ante una situación de crisis, la meta es (tal y como señalaba Marín): *“transmitir mensajes reafirmando la seguridad, credibilidad y solvencia de la compañía, al mismo tiempo que se crea noticia sobre algún otro acontecimiento de esta para que vean que la crisis queda atrás”*.

En el caso concreto de las entidades analizadas en nuestra investigación (Junta de Castilla y León y Ministerio de Sanidad) el objetivo era de carácter electoral. El equipo de gobierno que estos representaban quería ser reelegido por los ciudadanos tras la gripe A.

Lo que hace que, en ocasiones, los medios de comunicación duden de la veracidad y objetividad de las informaciones que éstos transmiten y que los periodistas de gabinete tengan que estar continuamente justificando su trabajo. Así lo explica Ana Santiago:

*“La relación fue desigual, pero no fue mala. (...) Los objetivos son diferentes. Los periodistas de gabinete tienen asumida, no sé si con razón o sin ella, una labor de defensa del político de turno. Y a veces eso olvida el derecho a la información de la otra parte. Pero al final terminan dándote la información que pides”*. (Ana Santiago).

2. **Desigualdades entre la demanda y la oferta de información:** los medios de comunicación, normalmente, demandan más información de la que

los gabinetes de prensa están dispuestos o pueden dar. Y ahí, una vez más, surge la desconfianza y la idea de que los gobiernos están ocultando algo.

Esta situación puede surgir por varios motivos: el respecto a la intimidad clínica de los pacientes (de la que ya hemos hablado), la defensa de intereses políticos o el hecho de que existan datos que la comunidad científica no quiera facilitar. Los gabinetes de prensa son, en muchas ocasiones, los responsables de marcar los ritmos informativos con, por ejemplo, el número de notas o informes que sacan al día o con el número de intervenciones en medios que aceptan sus representados.

A este respecto, y en el caso concreto de la gripe A, las entidades gubernamentales intentaron evitar esta desconfianza de los medios de comunicación convocando, en los primeros momentos de la crisis, una reunión con los directivos de los medios de comunicación (de la que ya hemos hablado) con el fin de explicarles que no se iban a negar más datos que los necesarios para proteger la intimidad de los pacientes y pedir, de este modo su colaboración. Sin embargo el resultado de la misma, no fue positivo y la desconfianza existió de todos modos:

*“Yo me reuní con todos los directores de los medios de comunicación (...) Y en esa reunión, en la que tengo que decir que la mayoría de la gente estuvo muy receptiva, hubo un director de un periódico (que no voy a citar) con el que tuve que llegar a enfadarme, porque me hablaba del derecho a la información. (...) ¡Hay cosas que no se pueden decir! Porque están dentro de la privacidad de las personas”. (Álvarez Guisasola).*

**3. Reducción progresiva del ritmo informativo:** en la gestión comunicativa de la gripe A se publicaron muchísimas noticias en los medios de comunicación, como ya hemos explicado, y según fue avanzando la enfermedad, los gabinetes de prensa trataron de reducir esta cantidad ingente de información espaciando sus informes y comunicados, con el fin de normalizar la situación y reducir la alarma social. Y esto fue algo que no siempre fue comprendido por parte de los periodistas de los medios de comunicación.

El ritmo informativo de los aspectos técnicos o científicos de la crisis sanitaria también fue un punto de fricción entre los periodistas de los dos ámbitos analizados.

Había temas, cómo la fabricación de las vacunas por ejemplo, que requerían de un tiempo determinado para su desarrollo científico que no correspondía con el ritmo rápido de la presión informativa de los medios. Por lo que, en ocasiones, podía parecer que los gabinetes ocultaban información cuando, en realidad, lo que ocurría es que todavía ésta no estaba disponible.

No obstante, y a pesar del esfuerzo de los gabinetes de prensa por controlar el ritmo informativo, el número de noticias se fue reduciendo realmente sólo cuando se empezó a comprobar que la enfermedad no era tan grave como parecía inicialmente.

Esto se observa numéricamente en las noticias publicadas cada mes en los dos periódicos que hemos estudiado en nuestro análisis. En estos datos vemos como el número de publicaciones bajó drásticamente en 2010, cuando el virus H1N1 se mezcló con el estacional: el **96,86%** de las noticias estudiadas se publicaron en 2009 y, tan sólo, el **3,14%** de las mismas en 2010.

**4. Previsiones incumplidas:** la gripe A era desconocida y se basaba en un virus que se conocía en el reino animal, pero cuyo comportamiento no se había estudiado entre humanos, por lo que las instituciones sanitarias y, por lo tanto también los gabinetes de prensa, tomaban las decisiones en función de la situación más grave que se podía llegar a producir para estar preparados en caso de que esto sucediera. El problema era que cuando se planteaba un cuadro grave y éste no llegaba, los medios de comunicación consideraban que se les había mentido.

Un ejemplo de esto es el referido por el epidemiólogo Alberto Pérez Rubio en la parte teórica de nuestro trabajo. Generalmente, la segunda onda epidémica u oleada de los virus gripales es más agresiva y, por eso se pensó que la segunda oleada de la gripe A, que iba a corresponder a nuestro periodo clásico de afectación de la gripe, meses de otoño e invierno, iba a ser más duro y se tomaron medidas para ello. Posteriormente esto no sucedió así y se acusó

al gobierno de haber exagerado con las medidas preventivas y de haber alarmado innecesariamente con ello.

## **7.6 Análisis mediático de las causas y consecuencias de una crisis sanitaria.**

La gestión comunicativa no se centró, en ningún momento, en saber qué había causado la gripe A, como se ve en el hecho de que sólo en un **9,09%** de las noticias analizadas hables de este tema. Y, en la mayor parte de estas contadas ocasiones, lo que se analizó el origen de la enfermedad más que las causas científicas que la originaron. Lo único que interesaba era su origen geográfico, averiguar si el virus H1N1 procedía de México, de California, o de la ganadería porcina... Esto último interesó especialmente por las consecuencias económicas que derivaban del tema, y no porque se quisieran analizar las causas en sí mismas.

También se habló en los medios de las causas que motivaron su expansión de la enfermedad y que estuvieron relacionadas con la gran movilidad de la población actual. Los aviones y la facilidad para viajar a nivel internacional de la sociedad de hoy en día, fueron las claves de la expansión del virus por el mundo.

Pero los medios apenas referencias sus causas biológicas o científicas.

Los medios de comunicación dedicaron mucho más espacio, por lo tanto, al análisis de **las consecuencias** que iba a acarrear la crisis sanitaria. Analizando estas consecuencias desde todas sus perspectivas:

1. Consecuencias organizativas: problemas de organización social que podían surgir si las administraciones públicas tomaban medidas equivocadas. Así se habla de si las decisiones de estas entidades fueron acertadas en el 35,37% de las noticias publicadas.
2. Consecuencias económicas: centradas sobre todo en los desajustes sociales que podía originar la misma y de los que se habla en un 54,21% de las noticias (cierre de colegios, bajas laborales reducción de la productividad de las empresas...); en los problemas que la idea inicial de

que la enfermedad tenía un origen porcino podía tener para la industria cárnica; y en los grandes desembolsos económicos que tuvieron que hacer los gobiernos para paliar los efectos de la crisis sanitaria (de los que se habla en un 19,01% de las informaciones): *"No hablaremos de lo costoso y hasta ridículo de otras medidas de prevención tomadas"* (*El País*, 20 de enero de 2010).

3. Consecuencias para la salud de la población: fue el aspecto de mayor preocupación para los medios de comunicación estudiados, ya que éste fue el tema central del 64,79% de las noticias analizadas. Lo que se refuerza con el hecho de que el 66,94% de las informaciones hablan de las víctimas o afectados por la enfermedad y en el 25,62% de éstas se analizan las patologías previas que padecían los fallecidos a causa del virus H1N1 alegando que pudieron agravar las consecuencias de la enfermedad.

## **7.7 Responsables de los problemas sanitarios.**

La búsqueda de responsables no fue uno de los principales objetivos de los medios de comunicación y, de hecho, sólo en el **14,05%** de las noticias analizadas en nuestro trabajo se señala a algún culpable de lo sucedido.

Sin embargo, hay que señalar una curiosidad surgida en torno a esta hipótesis. Como hemos dicho, los medios de comunicación no se centraron especialmente en buscar responsables de la crisis sanitaria, pero ellos fueron señalados como causantes de la misma desde múltiples grupos sociales. Es decir, en vez de ser instrumentos de la sociedad para la búsqueda de responsabilidades políticas o gestoras, se convirtieron en el foco de las acusaciones vertidas desde la sociedad sobre todos los problemas surgidos en la gestión de la enfermedad.

A los medios de comunicación se les acusó, especialmente, de haber 'exagerado' el problema, publicando demasiadas informaciones sobre el tema y titulares alarmistas que convirtieron una simple gripe en una verdadera crisis sanitaria. Hay por lo tanto muchas personas que aseguran que, al menos en

parte, la gripe A fue ‘inventada’ por los medios de comunicación y estas personas pertenecen, además, a diversos grupos sociales: gabinetes de prensa, profesionales sanitarios e, incluso, periodistas de los propios medios.

Además, a los medios de comunicación nos sólo se les acusó de ser los responsables de generar una crisis sanitaria inexistente, también se les adjudicó la responsabilidad de que algunas de las medidas sanitarias puestas en marcha para paliarla no funcionaran, concretamente, la campaña de vacunación frente a la enfermedad.

Según los implicados en la pandemia de gripe A que hemos entrevistado, los medios jugaron un papel fundamental en el hecho de que inicialmente la población exigiera al Ministerio la compra de demasiadas vacunas (todo el mundo quería vacunarse):

*“Según los medios de comunicación se iban a morir la mitad de los españoles porque no les iban a llegar las vacunas”. (Teresa Zurro).*

Y, posteriormente, fueron responsables también del hecho de que la población no se vacunará frente al virus H1N1 y, por lo tanto, sobran gran parte de las profilaxis adquiridas por el Ministerio de Sanidad para este fin:

*“Se generó un estado de opinión en el que, poco más o menos, era más peligroso vacunarse que padecer la gripe. Cosa que es absurda. Mermar la eficacia de las vacunas es de una inconsciencia tremenda y de una ignorancia supina. Si tú no te vacunas generas un mal a la colectividad porque tú eres fuente de contagio”. (Álvarez Guisasola).*

No obstante, los medios de comunicación no fueron los únicos responsables señalados durante la gripe A y, aunque como hemos explicado buscar responsables no fue una prioridad para los medios, no hemos de olvidar que sí que se habló del tema en algunas de las noticias analizadas.

En ellas se señaló a un responsable con especial insistencia: la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta institución fue la que dio la voz de alarma nada más comenzar a circular el virus H1N1 por el mundo, logrando así que muchas de las personas implicadas en la crisis la consideren el origen de la alarma social internacional que estamos estudiando.



Dentro de este apartado, y retomando el subtema de las vacunas, los medios también buscaron responsables sobre la mala gestión realizada a este respecto. Así se acusó a las fuentes gubernamentales de no haber sabido transmitir correctamente a la población la información importante sobre las vacunas como, por ejemplo, quién debe vacunarse y quién no o la seguridad de la vacuna. Lo que generó un clima de desconfianza social que hizo que la profilaxis fracasara.

## **7.8 Prevalencia de la proximidad geográfica en la información sanitaria de crisis.**

Como ya hemos indicado a lo largo de nuestra investigación, los temas relacionados con la salud afectan directamente a los ciudadanos y, por lo tanto, les preocupan. Y, en consecuencia, la gente quiere saber qué es lo que está ocurriendo con una determinada enfermedad en su entorno cercano, en su país, ciudad o barrio, ya que esos datos son los que les sirven para saber si ellos y sus familias están seguros o no.

Y la gripe A no fue una excepción, tal y como se comprueba en los datos obtenidos de las noticias analizadas ya que el 70,58% de las mismas hablaban de lo que sucedía en el ámbito nacional, autonómico o local y sólo el 2,42% de lo que ocurría a nivel internacional.

No obstante, hay que señalar que dentro de las fronteras españolas se habló más en los medios de comunicación de lo que ocurría con la gripe A a nivel nacional (40,50% de las informaciones), que en los entornos autonómicos o locales (27,44% y 2,64%) respectivamente.

Esto se debió, en parte, a la rapidez de la expansión del virus H1N1 y a la cercanía de los contagios (los afectados estaban en España y el número se multiplicaba velozmente) e interesaba saber la evolución de la crisis en el país.

Por lo que comprobamos, al menos en parte, que nadie estaba a salvo de contagiarse, los ciudadanos querían saber qué es lo que estaba pasando en su entorno más cercano para ver cómo podían evitar ser los siguientes.

Pero, sin embargo, no hemos podido comprobar con nuestro análisis que ser diera más relevancia a las informaciones regionales y locales que a las nacionales.

Asimismo, hay que señalar también que aunque las informaciones internacionales tuvieron menos presencia en las páginas de los periódicos, también fueron importantes para la gestión de la crisis sanitaria. La gripe A se desarrolló primero en otros continentes y, por lo tanto, su experiencia sirvió para tener una idea de en qué consistía la enfermedad y cómo gestionarla. No obstante, estos datos no fueron muy mediáticos porque eran útiles para los gestores y no para la población.

La gente quería saber lo que ocurría en su entorno (ya que esto era lo que les asustaba) y, por lo tanto, eso era lo que los medios de comunicación cubrían, lo que demandaba su audiencia. Centrándose por lo tanto en las informaciones nacionales y regionales y o en lo que ocurría en otros países.

## 7.9 Complementos informativos de las noticias sanitarias.

A pesar del hecho que ya hemos explicado refiriéndonos a los establecidos en los manuales periodísticos como el del RTVE, de que las informaciones de los medios de comunicación deben ser objetivas y, en consecuencia, deben evitar el uso de imágenes y adjetivos que influyan en la opinión de sus audiencias, en el análisis de noticias realizada se observa que esta máxima no se siguió en el caso de la gripe A.

Esto se comprueba científicamente en el hecho de que se utilizaran **adjetivos generadores de sentimientos** de indignación, empatía, cuidado, simpatía o compasión en el 63,97% de las noticias. Como observamos en los siguientes ejemplos:

*“Del caldito de aquella ministra **inefable** a esto hay alguna diferencia” (El Norte de Castilla, 1 de mayo de 2009).*

*“Alerta **máxima** y **global** ante la gripe A, convertida ya en la primera pandemia del siglo XXI” (El Norte de Castilla, 12 de junio de 2009).*

*\*\*"Argentina se encuentra cada vez más **paralizada** por la expansión de la gripe A" (El Norte de Castilla, 7 de julio de 2009).*

*\*\*"El japonés Keiji Fukuda, asesor de la directora general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la china Margaret Chan, evitó ayer –**ostentosamente molesto**– comentar "las medidas concretas que toma cada país" (El País, 8 de mayo de 2009)*

Asimismo, la influencia sobre los lectores está patente también en el uso de **imágenes generadoras de sentimientos** para acompañar las informaciones estudiadas y que estuvieron presentes en más de la mitad de las mismas (50,91%).

## **7.10 Firmas predominantes en las informaciones sanitarias escritas.**

Los redactores de los medios de comunicación no fueron los que formaron la mayoría de las noticias de los periódicos analizados, como suele ocurrir con otras temáticas de carácter local, regional o nacional. Menos de la mitad de las noticias analizadas en nuestra investigación tienen como autor a un redactor de los periódicos estudiados, en este caso *El País* y *El Norte de Castilla*.

La firma de los periodistas en plantilla sólo aparece en el **46,12%** de las ocasiones, lo que nos permite observar otras autorías relevantes, la principal de ellas las agencias de información (que firman en 30,41% de las publicaciones).

Otras autorías menos relevantes, pero que también se referencian en las noticias sobre la gripe A son los corresponsales y enviados especiales (en un 4,30% y 1,32% de los casos respectivamente). Su labor fue importante, sobre todo, para cubrir la información internacional que, como ya hemos visto, no fue la que más protagonismo obtuvo en los medios analizados.

Por último cabe recordar que la gripe A fue un tema novedoso que requería de la información que podían ofrecer expertos en ella que, por supuesto, no pertenecían a la plantilla de los periódicos, recurriendo a estas

colaboraciones especiales en un 1,49% de los textos. Asimismo, y también por esta novedad y polémica existente en torno a esta crisis sanitaria, también se publicaron artículos de opinión firmados por columnistas y el equipo editorial de los medios de comunicación (en un 0,50% y 11,90% de las ocasiones).



## **CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN FINAL**

Tras la investigación realizada es posible responder a las preguntas que quedaron planteadas al inicio de la misma, basándonos en los datos extraídos del estudio realizado.

Por ello, queremos señalar en primer lugar que la comunicación de la gripe A no siempre se realizó **respetando las normas y principios profesionales que regulan la producción de información**. Y para ello hay que recordar, antes de exponer otras consideraciones, cuáles son esas normas y principios básicos retomando la definición de información periodística de Álex Grijelmo (2001: 30):

*“Es información todo aquel texto periodístico que transmite datos y hechos concretos del interés para el público al que se dirigen, ya sean nuevos o conocidos con anterioridad. La información en sentido estricto, no incluye opiniones personales del periodista ni mucho menos, juicios de valor”.*

Y, aunque recordamos las palabras de Humanes (2001: 1) que señalan que *“las noticias no son un reflejo de la realidad, sino una representación de la misma”* y que, por lo tanto, *“no son nunca neutrales, ni por supuesto objetivas”*, el problema en el caso de la gripe A, fue que no solo se transmitieron hechos presentes; sino que también se utilizaron suposiciones sobre lo que se creía que podía suceder a la hora de informar. Lo que hizo que, en muchas ocasiones, las noticias sobre la enfermedad fueron precedidas por titulares alarmistas que creaban sensación de peligro a la población.

Esta tendencia comunicativa es peligrosa, porque puede originar desorden social y, tal y como subrayaban Richard Ellis y Ann MacClintock (1993:219), derivar en el desinterés de la audiencia por las medidas preventivas comunicadas y, por lo tanto, pudo perjudicar el funcionamiento de las medidas de contención del virus H1N1 promulgadas por el Ministerio de Sanidad (como sucedió, por ejemplo, en el caso de la campaña vacunal):

*“El punto de vista actual es que el uso del miedo puede, de hecho entorpecer una campaña. La razón es que, si las personas están asustadas, escapan de la situación que les causa el miedo, y la forma más fácil es dejar de mirar, escuchar o leer”.*

No obstante, hay que reconocer que esos titulares alarmistas no sólo fueron responsabilidad de los periodistas o medios de comunicación que los escribían, sino que lo fueron también de algunos expertos sanitarios que dieron la voz de alarma al comenzar a extenderse la enfermedad por el mundo (empezando, por los propios responsables de la Organización Mundial de la Salud).

Los motivos que llevaron a crear esta alarma mediática, que se produjo sobre todo durante los primeros meses de la epidemia (abril, mayo y junio), se basaron fundamentalmente en una premisa: era una enfermedad nueva y, por lo tanto, desconocida.

Cuando surge el virus H1N1 no se sabe qué consecuencias exactas que puede tener para la salud y los primeros análisis de las mismas no tranquilizan: afecta especialmente a las personas jóvenes, al contrario que la gripe estacional. Así lo explicaba el epidemiólogo Alberto Pérez Rubio:

*“En el caso del virus H1N1 los grupos poblacionales más afectados fueron los de menor edad, que fueron los de que desarrollaron la enfermedad. Esto vino motivado porque los niños y jóvenes no habían tenido contacto previo con este tipo de virus y las personas de más edad, sí que se habían enfrentado ya a un virus de características similares que ya circuló en España hace unos años. De esta manera, su sistema inmunitario estaba más preparado para hacerle frente”.*

Por lo que, tanto los expertos sanitarios, como los gestores políticos y los periodistas, optan por prevenir. Es decir, plantean el peor escenario posible para garantizar que están preparados para enfrentar cualquier contingencia que se de en el transcurso de la enfermedad. Se actúa bajo la idea genérica de que es mejor que sobren medios de contención a que, en el momento en que se los necesite, estos falten.

Esta manera de actuar, que puede ser válida desde el punto de vista de la gestión de la crisis, no tenía por qué haber sido trasladada al aspecto comunicativo de la misma. Es decir aunque se planteara el peor escenario posible, esto no tenía por qué ser contado en los medios de comunicación antes de que ese escenario se confirmase. Y así lo consideraba, precisamente, Martínez Olmos (2014:40):

*“No es lo mismo que yo, como experto en salud pública, deba tener preparados los recursos por si se da en la realidad la hipótesis de una mortalidad del 90% de la población afectada, a que esto se traduzca en información noticiable. Sería la noticia de una especulación que puede ser el origen de una alarma social innecesaria y, por tanto, hacerla pública sería una irresponsabilidad”.*

Los periodistas no deben informar basándose en suposiciones, ni en lo que puede suceder en un futuro, sino en hechos reales y presentes. Por lo que, los titulares alarmistas nunca estuvieron justificados con los datos reales y objetivos que se manejaban al comienzo de la gripe A.

Asimismo hay que indicar que los medios de comunicación tampoco respetaron en todo momento las normas de confidencialidad de la historia clínica de los pacientes y de su derecho a la intimidad. Ya que, en determinadas ocasiones (como, por ejemplo, en el caso de Dalila, la primera víctima mortal española por el virus H1N1) se dieron demasiados datos de la vida privada y médica de los afectados. Y, además, se pecó de exceso de información tal y como demuestran las 605 noticias analizadas, en tan sólo dos cabeceras de prensa, durante la crisis sanitaria. Todo ello unido a la rapidez con la que se transmitían las noticias y a la democratización de la información (vivimos en un momento histórico en el que los datos se transmiten de país a país en cuestión de minutos y en el que existen muchos más foros que los medios de comunicación tradicionales para que todo el mundo pueda exponer sus opiniones), pudo suponer una pérdida de calidad en el proceso. Es lo que Arcadi Espada denomina la transmisión de “*fast true*” (verdad rápida), comparando este tipo de comunicación con la comida servida en los restaurantes exprés, la denominada “*fast food*”, que se caracteriza por su inmediatez, pero no por su calidad.



No obstante, también existieron aspectos positivos en la comunicación de la crisis sanitaria que nos ocupa y uno de ellos fue, sin duda, la **colaboración y los planes conjuntos de trabajo que se establecieron entre los distintos niveles del proceso comunicativo.**

Los gestores políticos y expertos sanitarios estuvieron en constante contacto con los periodistas de los medios de comunicación gracias, fundamentalmente, al trabajo de intermediación realizado por los gabinetes de prensa. Instituciones estas últimas que, además, facilitaron de manera puntual y diaria información sobre la evolución de la enfermedad y el número de afectados (primero informando de cada caso individual y, posteriormente, con tasas de contagio gripal). De esta manera se quería demostrar en todo momento que se estaba realizando una gestión transparente de la enfermedad, con el objetivo de que la población confiara en las instituciones y en su sistema sanitario y evitar, de este modo, posibles situaciones de caos y descontrol social.

Con el fin de afianzar la confianza social, las instituciones sanitarias contaban además con un grupo de expertos sanitarios especialmente seleccionados para dar respuesta a todas las dudas que pudieran plantearse tanto los ciudadanos, como los medios de comunicación y se pusieron al servicio del público números especiales de atención telefónica sobre la enfermedad. Esta colaboración entre los diferentes niveles del proceso comunicativo se reflejó también en la organización territorial de la gestión de la crisis.

Los medios de comunicación, responsables políticos y comunicadores institucionales tanto del ámbito nacional, como regional y local, estuvieron en contacto directo de manera continua. Lo que se reflejó, primordialmente, en los consejos interterritoriales (figura de coordinación creada en la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril) y reuniones especiales celebradas entre el Ministerio de Sanidad y las distintas comunidades autónomas. Estos encuentros permitían, asimismo, la reunión de los jefes de prensa de cada una de ellas y, tras finalizar las mismas, se atendía a todos los medios que lo requirieran.

Esta colaboración interterritorial fue, además de una decisión táctica como indicábamos, algo necesario (e incluso de obligado cumplimiento) en un país en el que, tal y como exponíamos en el marco teórico de nuestro trabajo, las competencias sanitarias de salud pública y asistencia sanitaria están transferidas a las comunidades autónomas a partir de la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre.

Esta colaboración geográfica se basó, asimismo, en la normativa internacional sobre salud pública que indicaba a todos los territorios por igual cómo actuar en determinadas situaciones y que explicaba así el doctor Martínez Olmos (2014: 34):

*“Existe una normativa supranacional, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), que obliga a los países a tomar medidas que recomienda la OMS y, si un país no las aplica, puede tener luego consecuencias en el ámbito de la justicia que recaerían sobre sus autoridades”.*

Sin embargo, este trabajo en equipo no evitó completamente la desconfianza de los medios de comunicación frente a las comunicaciones oficiales. Aunque ésta sólo surgió en momentos muy puntuales como, por ejemplo, la crisis del cuartel de Hoyo de Manzanares, la muerte de Dalila o el establecimiento de los grupos de riesgo a la hora de vacunar, entre otros.

Por otro lado, al comienzo de nuestra investigación nos preguntábamos también **cómo se distribuyó el protagonismo mediático durante la crisis**. Y ahora podemos responder que éste recayó, fundamentalmente, sobre los afectados (tanto personas contagiadas, como fallecidas a causa del virus H1N1).

La salud es un tema socialmente muy sensible y que preocupa especialmente a la población, como hemos comprobado con los datos presentados en nuestro trabajo procedentes de los barómetros sanitarios y del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). Por lo que ante una crisis sanitaria, lo que más inquieta a los ciudadanos es qué consecuencias puede tener ésta sobre ellos. Lo que deriva en que el aspecto humano de la noticia fuera lo que más relevancia tuvo durante la gripe A.

Sin embargo, en nuestro análisis hemos podido comprobar que los afectados por la enfermedad fueron unos protagonistas ‘pasivos’ del proceso comunicativo. Se hablaba de ellos pero apenas se les dio voz. Sus historias eran contadas o bien por personas de su entorno o, en la mayoría de los casos, por las instituciones sanitarias (a través de sus gabinetes de prensa).

Por todo ello se puede concluir que, aunque las víctimas de la enfermedad centraron el contenido de las noticias, estas estuvieron protagonizadas por voces institucionales. Al menos desde el punto de vista de las fuentes utilizadas para su redacción.

Este es uno de los aspectos más criticables de la comunicación realizada. La historia y datos clínicos son confidenciales y propiedad de los propios pacientes (en este caso los afectados por la enfermedad), por lo que los únicos que podrían facilitárselos a los medios son ellos mismos. Y, al no darles voz, queda claro que esa información de índole personal fue facilitada por otras fuentes.

Los datos sobre la vida personal o familiar de las personas deberían estar protegidos por respeto, y además, los datos médicos tienen una protección legal que va más allá de las cuestiones morales. Como se ha señalado en nuestra investigación, tanto el Juramento Hipocrático, como la Constitución Española y otros textos como la Ley General de Sanidad y el Código Penal, protegen el derecho a la intimidad:

*“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias (...) 3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas o privadas que colaboren con el sistema público” (Ley General de Sanidad 14/1986).*

Estos datos nunca se facilitaron desde los gabinetes de prensa de las entidades analizadas, ya que se hablaba de los casos sin especificar el nombre de los pacientes, es decir, de manera impersonal. Pero sí llegaron a los medios de comunicación.

Asimismo, hay que señalar que otras fuentes ‘protagonistas’ del proceso comunicativo fueron las agencias de comunicación. Esto se debió,

fundamentalmente, al hecho de que la crisis sanitaria de la gripe A era una crisis internacional y, por lo tanto, era importante saber también qué sucedía en otras partes del mundo y cómo evolucionaba la enfermedad en los países en que, por su localización física (hemisferio sur), ésta comenzó y finalizó antes que en España.

Al abordar el aspecto geográfico de la comunicación realizada, observamos también que el **tipo de tirada de los medios de comunicación (difusión nacional o regional) apenas influyó en su manera de comunicar las noticias relacionadas con la gripe A**, tal y como se comprueba con el análisis de noticias realizado, en el que no se observan grandes diferencias entre los datos obtenidos del periódico *El País* y *El Norte de Castilla*.

Esto se debe en gran medida al trabajo conjunto realizado por los distintos niveles comunicativos y del que ya hemos hablado. Desde el primer momento, se intentaron centralizar las informaciones oficiales relacionadas con la evolución de la enfermedad, los afectados y las medidas gubernamentales tomadas para luchar contra la expansión de la misma en la figura de la ministra de Sanidad, Trinidad Jiménez y su equipo. Esto se hizo para evitar que existieran mensajes contradictorios o que pudieran llevar a confusión. Era necesaria una sola voz de la que tanto periodistas como ciudadanos se pudieran fiar, tal y como reconocía Martínez Olmos (2014:43):

*“En la gestión de alertas sanitarias una clave es la buena comunicación: es fundamental explicar bien las situaciones para que se entiendan las informaciones y las decisiones que se adoptan. En nuestro caso, se decidió de común acuerdo con las Comunidades Autónomas que fuera el ministerio quien hiciera de portavoz y emitiera los comunicados sobre la evolución de la pandemia”.*

A ello hay que añadir el hecho de que al comienzo de la epidemia todas las muestras obtenidas de personas que podían haber sido contagiadas por el virus H1N1 se analizaban en el Centro Nacional de Microbiología del Instituto Carlos III de Madrid y, por lo tanto, era el gobierno central quien contaba con todos los resultados de las pruebas. Nos los contaba el doctor Martínez Hernández:

*“Al principio de la pandemia, todas las muestras de España se remitían para análisis al Centro Nacional de Microbiología (...) y se tardaba varios días en obtener los resultados. Estos resultado se entregaban al Ministerio de Sanidad, de modo que en la rueda de prensa diaria se informaba de cuantos casos había positivos”.*

Por lo tanto y, aunque desde los gabinetes de prensa de las comunidades autónomas también se facilitaban informes diarios de situación, los mensajes globales llegaban a los medios de comunicación desde la capital de España que, cada día, informaba de la situación global presente en todo el país.

Asimismo, la Ministra de Sanidad Trinidad Jiménez, era la responsable de informar de las decisiones tomadas en los consejos interterritoriales, por lo que la información que llegaba a todos los medios de comunicación era similar.

En esta discusión final queremos señalar también, y tras todo lo ya planteado, que **los mensajes transmitidos durante la gripe A se ajustaron a la realidad epidemiológica de la crisis sanitaria** y, sólo en contadas ocasiones se utilizaron con fines políticos como, por ejemplo, buscar responsables de la crisis sanitaria. Tanto los mensajes transmitidos por los gabinetes de prensa, como por parte de los medios de comunicación se centraron más en las consecuencias de la enfermedad que en sus causas.

Es decir, las noticias hablaron fundamentalmente de los efectos de la gripe A en la salud, de su ritmo de expansión y de las medidas preventivas que había tomar para evitar los contagios; y apenas abordaron temas como cuál fue el origen de la gripe A o el análisis de si se había cometido errores de gestión que provocaron que la enfermedad se expandiera más de lo debido, temas que podían haber derivado más en la búsqueda de responsabilidades políticas.

No obstante no se puede olvidar que, tal y como se ha señalado con anterioridad, la comunicación es un proceso íntimamente relacionado con la opinión pública y éste concepto está intrínsecamente unido a otros como poder o derecho público, como explican diversos autores como Nathans (1990: 625): *“el libre intercambio de información y crítica, y el razonamiento abierto se convirtieron en los instrumentos de la ‘afirmación pública’ en cuestiones*

*políticas*”, o Vincent Price (1994:22) cuando afirma que a lo largo de la historia ha habido múltiples autores que:

*“Hacían uso extensivo de la opinión pública para referirse a un fenómeno más político que social, a menudo en unión con ‘bien público’ (bien public), ‘espíritu público’ (esprit public), ‘conciencia pública’ (conscience public) y otros términos relacionados”.*

Hay que entender pues que la comunicación influye en la opinión pública y, por lo tanto, en los intereses políticos y viceversa. Es decir, la opinión pública también demanda información sobre el funcionamiento del estado y por lo tanto la comunicación política está presente en los medios de comunicación. Son un elemento de control de las acciones públicas y nunca hay independencia absoluta entre ambos sectores y así lo resume Almuiña (1998:23):

*“Tan esenciales como las de transmitir al Estado las voces de la Nación y comunicar a ésta las órdenes y directrices del Estado y su Gobierno; siendo la prensa órgano decisivo en la formación de la cultura popular y, sobre todo, en la creencia de la conciencia colectiva, no podía permitirse que el periodismo siguiera viviendo al margen del Estado”.*

Y el caso de la gripe A no fue una excepción. Durante la fase álgida de la crisis sanitaria, la comunicación no destacó por sus intereses políticos porque existían otras prioridades: saber las consecuencias de la enfermedad y frenar su expansión. Pero al comprobarse que la enfermedad era más leve de lo que inicialmente se había supuesto, el interés informativo cambió. Y la búsqueda de responsabilidad de dio sobre todo, por lo tanto, al finalizar la pandemia. O lo que es lo mismo, en los últimos meses de nuestra investigación (enero y febrero de 2010). Por lo que, en el conjunto de informaciones manejadas en nuestro trabajo, su relevancia es pequeña.

Por último, queremos acercarnos al fin de nuestra investigación señalando que, a pesar de los fallos, consideramos que la **comunicación realizada durante la gripe A fue correcta y que persiguió objetivos importantes** como ofrecer información de servicio y tranquilizar a la población transmitiendo transparencia en la gestión de la enfermedad.

En conclusión y a modo de resumen señalamos que la comunicación de crisis realizada durante la gripe A, en todos sus niveles, tuvo cuatro fallos fundamentales:

- Facilitar información basada en previsiones de futuro y no en hechos reales y objetivos al comienzo de la crisis. Esto generó un alarmismo social que, posteriormente, se demostró innecesario. Los expertos y gestores sanitarios necesitaban plantear la peor situación posible para garantizar que el Estado estaba preparado para proteger a la población en cualquier situación. Había que poder reaccionar ante las consecuencias desconocidas de un virus cuyos efectos en los humanos eran desconocidos. Pero esas previsiones extremas no deberían haber llegado ni a los medios de comunicación, ni a la opinión pública.
- Protagonismo excesivo de la gripe A en la actualidad informativa. Los gabinetes de prensa de las instituciones sanitarias colocaron el tema en el centro del interés mediático con ruedas de prensa diarias e informaciones sobre cada caso sospechoso y cada contagio producido en el territorio nacional. En los primeros meses se llegaron a dar varias informaciones al día sobre el virus H1N1. Esto transmitía una sensación de gravedad y peligro que hizo que los medios de comunicación también dedicaran muchas más páginas de las necesarias a la enfermedad.
- Violación de la historia clínica de los afectados. Aunque no fue la norma general, es un límite que no se debería traspasar en ninguna ocasión. Los datos médicos de cada persona le pertenecen sólo a él.
- Dar voz a personas no cualificadas y considerar sus opiniones como certezas. Lo que se produjo, sobre todo, en relación con la vacunación frente a la enfermedad. En el momento álgido de la epidemia hubo múltiples grupos sociales que reivindicaron ser grupos de riesgo para poder ser vacunados (ancianos, niños, trabajadores públicos, personal sanitario, transportistas, fuerzas de seguridad del estado...), mucha antes de existir la vacuna, ni de saber los efectos reales sobre la salud ni de esta, ni de la propia enfermedad. Y los medios de comunicación

dieron cobertura a todas estas demandas, en contra de la opinión de los expertos sanitarios.

Sin embargo, las acciones positivas predominaron en la gestión informativa de la gripe A y, como hemos dicho, el balance global estuvo más relacionado con los conceptos de transparencia y servicio a la salud pública, que con la opacidad o los intereses políticos.

Se evitaron, por lo tanto, los principales errores de la comunicación de crisis que indicaban Arroyo y Yus (2008:89-154) al comienzo de nuestra investigación y se lograba que no hubiera, en ningún momento, hubo falta de explicaciones ni se dieron ruedas de prensa sin contenido. Además, no se esperó a que el problema de dispará solo y el problema se gestionó en equipo. No hubo ataques destacables de unos sectores sociales a otros, no se mintió, no se mostró orgullo, ni se improvisó y se redactaron planes de crisis en los que basar las actuaciones que se basaron siempre en la Responsabilidad Social Corporativa de las instituciones sanitarias.

Por lo tanto, y a modo de resumen final, podemos decir que los grandes aciertos del proceso comunicativo de la gripe A en España fueron:

- Buena coordinación. La gestión de la gripe A fue un ejemplo de trabajo en equipo y correcta coordinación en diversos aspectos, uno de ellos la gestión que se hizo de la enfermedad, tanto en el ámbito nacional, como en el internacional. Y también lo fue en el tema de la comunicación. <la existencia de unos portavoces claros y únicos y la unificación de los sistemas de información (datos de afectados, tasas, etc...) tranquilizaron a la población y transmitieron una imagen de unidad frente a un problema que afectaba a la salud de los ciudadanos. Otorgó seriedad y confianza al proceso.
- Disponibilidad. La información fluía y no se dejaban respuestas sin contestar. Los gabinetes de prensa de las instituciones sanitarias estaban en continuo contacto con los medios de comunicación y, estos últimos, tenían abiertos múltiples canales de comunicación con los ciudadanos para saber qué es lo que necesitaban contar y atender las demandas de la población. Esto se completó, además, con la creación



de canales de comunicación directa entre las instituciones sanitarias y los ciudadanos (como el teléfono de atención sobre la gripe A).

- Acceso a expertos sanitarios. Las informaciones facilitadas por los periodistas (tanto institucionales, como mediáticos) era fiables porque estuvieron avaladas, en todo momento, por profesionales de la salud. La existencia de grupos de expertos, con lo que los medios de comunicación podían hablar cuando lo considerasen oportuno, simplificó mucho la transmisión de los mensajes y les otorgó veracidad.
- Apuesta por la prevención. Se priorizó en todo momento la necesidad de hacer llegar a la población la información sobre las medidas preventivas e higiénicas que eran necesarias para evitar el contagio y frenar, de este modo, la expansión de la enfermedad. Lo importante era que la población supiera cómo actuar tanto antes como después de entrar en contacto con el virus H1N1

## **CAPÍTULO 9. FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA**

Abril, G (2007). La información como formación cultural. Cuadernos de Información y Comunicación (CIC). Número: 12, pp 59-74. Universidad Complutense de Madrid (UCM). Madrid, España.

Aguirre, J. F. La participación ciudadana mediática para descentralizar al Estado (Citizenship.com.2.0). Universidad de Monterrey (México). Diciembre 2012. Recuperado de: [http://institucional.us.es/araucaria/nro29/ideas29\\_2.pdf](http://institucional.us.es/araucaria/nro29/ideas29_2.pdf) (Fecha de consulta: 07 diciembre 2013).

Almuiña, C. (1988). Cuadernos Vallisoletanos. Número 46 'Periódicos y periodistas'. Valladolid, España: Editorial Obra Cultural de la Caja de Ahorros Popular.

Arroyo, L. / Yus, M. (2008). Los cien errores de la comunicación. Madrid, España: ESIC Editorial.

Benito, A. (1982). Fundamentos de la teoría general de la información. Madrid, España: Ediciones Pirámide.

Boletín Oficial del Estado (BOE). Constitución Española de 1978. Título I 'De los derechos y deberes fundamentales'. Capítulo segundo. 'Derechos y libertades'. Sección 1ª 'De los derechos fundamentales y de las libertades públicas'. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229> (Fecha de consulta: 16 de mayo de 2014).

Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Título primero 'Del sistema de salud'. Recuperado de:

[http://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1986-10499) (Fecha de consulta: 30 de enero de 2014).

Boletín Oficial del Estado (BOE). Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Título XIX 'Delitos contra la Administración pública'. Capítulo cuarto 'De la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos'. Artículo 415. Recuperado de: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444>. (Fecha de consulta: 30 de enero de 2014).

Cáceres, M.D. (2011). La construcción social de la realidad: el papel de los profesionales en el establecimiento de la agenda temática. Estudios sobre el mensaje periodístico, vol. 17 Número: 2, pp. 303-324.

Camaño, I. (2009). La 'gripe A' en la prensa española. Revista Latina Comunicación Social. Número 64.

Carabaña, J / Lamo de Espinosa, E (1978). La teoría social del interaccionismo simbólico. Análisis y valoración crítica. Reis, Revista Española de Investigaciones Sociológicas. Número: 1, pp. 159-204. Madrid, España.

Cantero, R. El Médico Interactivo. Recuperado de: <http://www.elmedicointeractivo.com/ap1/emiold/informes/informe/articuloc.htm> (Fecha de consulta: 11 de diciembre de 2013).

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Eficacia de la vacuna - ¿Es eficaz la vacuna contra la influenza?. Recuperado de: <http://espanol.cdc.gov/enes/flu/about/ga/vaccineeffect.htm> (Fecha de consulta: 17 de marzo de 2015).

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).  
Medicamentos antivirales para la influenza: resumen para médicos clínicos.  
Recuperado de:  
<http://espanol.cdc.gov/enes/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm>  
(Fecha de consulta: 17 de marzo de 2015).

Cuesta, U. (2012). Planificación estratégica y creatividad. Madrid, España:  
ESIC Editorial.

Desantes, J. M. / Soria, C. (1987). Prensa, paz, violencia y terrorismo: la crisis  
de credibilidad de los informadores. Pamplona, España: Ediciones Universidad  
de Navarra.

Eysenck, H. (1952). Estudio científico de la personalidad. Barcelona, España:  
Ediciones Paidós.

Ellis, R. / McClintock, A. (1993). Teoría y práctica de la comunicación humana.  
Barcelona, España: Editorial Paidós Comunicación.

Escuela de Periodismo Universidad Autónoma de Madrid (UAM). *El País*.  
Historia de *El País*. Recuperado de: <http://escuela.elpais.com/historia-de-el-pais/> (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2015).

Estévez, J. (2002). Periodismo en la red. Madrid, España: Anaya Multimedia.

Grijelmo, A. (2001). El estilo del periodista. Madrid, España: Grupo Santillana  
de Ediciones.

Heidegger, M. (2002). Del camino al habla (Unterwegs zur Sprache). Barcelona, España: Ediciones del Serbal.

Heidegger, M. (1927). Ser y Tiempo (Sein und Zeit). Nueva York, EEUU: SCM Press State University of New York.

Humanes, M. L. (2001). El encuadre mediático de la realidad social. Un análisis de los contenidos informativos de la televisión. Facultad de Ciencias Sociales de la USAL. Salamanca, España.

Lasswell, H. (1971). Propaganda en la Guerra Mundial. Madrid, España: Editorial Tecnos.

Lazarsfeld P.F / Berelson B / Gaudet H. (1948). "The people's choice: how the voter makes up his mind in a presidential campaign". Columbia, EEUU: University Press.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de transferencia de competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Locke, J. (1987). Ensayo sobre el entendimiento humano. Madrid, España: Editorial Aguilar.

López, P. (2012). Los encuadres sanitarios en prensa española. El caso de la gripe A y la bacteria E.Coli. Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA).

Losada, A. (1998). La Comunicación Institucional en la gestión del cambio. Salamanca, España: Publicaciones Universidad Pontificia de Salamanca.

Lozano, J.C. (2007). Teoría e investigación de la comunicación de masas. Naucalpan de Juárez, México. Pearson Educación.

Manual de Estilo RTVE. Recuperado de: <http://manualdeestilo.rtve.es/el-lenguaje/6-5-los-verbos/6-5-5-uso-de-adjetivos-y-adverbios/> (Fecha de consulta: 1 de enero de 2015).

Marín, F. (2009). Comunicación de crisis. Madrid, España: LID Editorial Empresarial.

Martínez, J.L. (1989) El lenguaje periodístico. Madrid, España: Editorial Paraninfo.

Martínez, L.J. (1996) La Comunicación en el Plan Estratégico de las Organizaciones.

Martínez, J. (2009). Pandemia Gripal 2009. Gripe A. Madrid, España: Ediciones Norma-Capitel.

Martínez, J. Qué pasó con la gripe A. (2014). Granada, España: Editorial Amarppe.

Marín, F. (2009). Comunicación de crisis. Madrid, España. LID Editorial Empresarial.

Ministerio de Educación del Gobierno de España. Proyecto Cíceros. Recuperado de: [http://recursos.cnice.mec.es/lengua/profesores/eso1/t1/teoria\\_1.htm](http://recursos.cnice.mec.es/lengua/profesores/eso1/t1/teoria_1.htm) (Fecha de consulta: 12 febrero 2014).

Ministerio de Educación de Argentina. Recuperado de: <http://www.me.gov.ar/efeme/medico/juramento.html> (Fecha de consulta: 21 de noviembre de 2014).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Facebook. Recuperado de: <https://es-es.facebook.com/msssi.es> (Fecha de consulta: 20 de enero de 2015).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Funciones Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Recuperado de: [http://www.msssi.gob.es/organizacion/ministerio/organizacion/sgralsanidad/dgs\\_aludpublicaF.htm](http://www.msssi.gob.es/organizacion/ministerio/organizacion/sgralsanidad/dgs_aludpublicaF.htm) (Fecha de consulta: 23 de mayo de 2014).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La gripe. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/gripe/gripe.htm> (Fecha de consulta: 1 de junio de 2014)].

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cambio en el sistema de información sobre los casos de gripe A/ H1N1 en situación de pandemia en fase 6. Recuperado de:

<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/informesGripeA/090728.htm>

(Fecha de consulta: 2 de junio de 2014).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información sobre la gripe A (H1N1). Recuperado de:

<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/gripeAH1N1.htm> (Fecha de

consulta: 2 de junio de 2014).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Teléfonos de CC.AA gripe A (H1N1). Recuperado de:

<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/telefonosCCAAgripeA.htm>

(Fecha de consulta: 3 de junio de 2014).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Recuperado de:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/home.htm> (Fecha

de consulta: 19 de enero de 2015).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comunicados gripe A. Recuperado de:

<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/cargarComunicados.do> (Fecha de

consulta: 19 de enero de 2015).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes de situación sobre la Pandemia por Gripe A (H1N1). Recuperado de:

<http://www.msssi.gob.es/servCiudadanos/alertas/informesGripeA/home.htm>

(Fecha de consulta: 2 de junio de 2014).



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Introducción y Marco Legal. Recuperado de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm> (Fecha de consulta: 19 de enero de 2015).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Web gripe A. Recuperado de: <http://www.informaciongripe.es/> (Fecha de consulta: 5 de junio de 2014).

Nathans, B. (1990). La “esfera pública” de Habermas en la era de la Revolución Francesa. Madrid, España: French HistoricalStudies.

Noelle-Neumann, E. (1995). La espiral del silencio. Opinión pública: nuestra piel social. Barcelona, España: Paidós Comunicación.

Parra, D. / Álvarez, J. (2004). Ciberperiodismo. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Piñuel, J.L. La comunicación corporativa de la gestión clínica. Recuperado de: Slideshare. <http://es.slideshare.net/guillermobertoldi/la-comunicacion-corporativa-de-la-gestin-de-crisis> (Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2014).

Portal de Salud de Castilla y León. Derechos y deberes de los pacientes. Recuperado de: <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/derechos-paciente/derechos-relativos-intimidad-confidencialidad-datos-relativ> (Fecha de consulta: 16 de mayo de 2014).

Price, V. (1994). La opinión pública. Esfera pública y comunicación. Barcelona, España: Paidós Comunicación.

Real Academia de la Lengua (RAE). Diccionario online. Proyecto Cíceros. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=comunicaci%C3%B3n> (Fecha de consulta: 12 febrero 2014).

Real Academia de la Lengua (RAE). Definición de epidemia. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=epidemia> (Fecha de consulta: 25 de octubre de 2013).

Real Academia de la Lengua (RAE). Definición de pandemia. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=pandemia> (Fecha de consulta: 25 de octubre de 2013).

Real Academia de la Lengua (RAE). Definición de reservorio. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=reservorio> (Fecha de consulta: 11 de octubre de 2013).

Sádaba, T. (2001). Universidad de Navarra. Communication & Society, vol. 14 Número:2, pp. 143-175.

Semetko, H. / Valkenburg, P. (2000). Framing European politics: A content analysis of press and television news. Journal of Communication.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Recuperado de: <http://www.sespas.es/> (Fecha de consulta: 1 de junio de 2014).

Sociedad Española de Epidemiología. Recuperado de: <http://www.seepidemiologia.es/> (Fecha de consulta: 1 de junio de 2014).

Sociedad Española de Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene. Recuperado de: <http://www.sempsph.com/>. (Fecha de consulta: 1 de junio de 2014).

Organización Mundial de la Salud (OMS). Alerta y Respuesta Mundiales (GAR). Fase actual de alerta de pandemia según la OMS. Recuperado de: [http://apps.who.int/csr/disease/avian\\_influenza/phase/es/index.html](http://apps.who.int/csr/disease/avian_influenza/phase/es/index.html) (Fecha de consulta: 10 de junio de 2015).

Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Consejo Interterritorial. Recuperado de: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/ConsejoInterterritorial.aspx> (Fecha de consulta: 19 de enero de 2015).

Tocqueville, A. (1989). El Antiguo Régimen y la revolución, Madrid, España: Editorial Alianza.

Universidad de Valencia. (1995). Colección Educació. Materials de Filosofia. J. Habermas. Conocimiento e Interés.

Vicente, M. / López, P. (2009). Resultados actuales de la investigación sobre framing: sólido avance internacional y arranque de la especialidad en España. ZER, vol. 14 Número: 26, pp. 13-34.

Vilar, P. (1980). Iniciación al vocabulario del análisis histórico. Barcelona, España: Editorial Crítica.

Villegas, P. Salvar vidas: el sagrado deber del médico. Publicación Diario El Tiempo. Recuperado de:

[http://www.diarioeltiempo.com.ve/V3\\_Secciones/index.php?id=29662015&Proc=Desp](http://www.diarioeltiempo.com.ve/V3_Secciones/index.php?id=29662015&Proc=Desp) (Fecha de consulta: 6 de marzo de 2015).

VV.AA. Engleberg, C. / Dirita, V. / Dermody, T.S. (2013). Mecanismos de las enfermedades microbianas. Barcelona, España: Editorial Lippincot Williams&Wilkins. WoltersKluwer.

VV.AA. Instituto de Salud Carlos III. (Fecha de consulta: 21 de marzo de 2015) Informe Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE). Vigilancia de la gripe en España. Evolución de la gripe pandémica por AnH1N1. (Desde la semana 20/2009 hasta la semana 20/2010). Madrid 2010. Recuperado de:

[http://vgripe.isciii.es/gripe/documentos/20102011/InformesAnuales/Informe\\_GRIPE\\_Temporada\\_2010-11\\_07092011.pdf](http://vgripe.isciii.es/gripe/documentos/20102011/InformesAnuales/Informe_GRIPE_Temporada_2010-11_07092011.pdf)

VV.AA. (2004). Monografía de Beatriz Correyero. La figura del comunicador digital. Universidad Católica San Antonio. Murcia, España: Cuaderna Editorial.

Wolf, M. (2001). Los efectos sociales de los medios. Barcelona, España: Ediciones Paidós.



## **10. ANEXOS**

Documentos que se presentan como anexo e información adicional en esta investigación:

- Estudio General de Medios (EGM). Año móvil abril de 2009 a marzo 2010.
- Estudio General de Medios (EGM). Año móvil abril de 2014 a marzo 2015.
- Barómetro del CIS de abril de 2011.
- Barómetro Sanitario 2010.
- El Reglamento Sanitario Internacional.
- Audio de la entrevista realizada a Alberto Pérez.
- Audio de la entrevista realizada a Pedro Barreda.
- Audio de la entrevista realizada a Francisco Javier Álvarez Guisasola.
- Audio de la entrevista realizada a Trinidad Jiménez.
- Audio de la entrevista realizada a Teresa Zurro.
- Audio de la entrevista realizada a M<sup>a</sup> Jesús García.
- Audio de la entrevista realizada a Iñaki Pagazaurtundua.
- Audio de la entrevista realizada a Maite Perea.
- Audio de la entrevista realizada a Ana Santiago.
- Audio de la entrevista realizada a Maria Sahuquillo.
- Audio de la entrevista realizada Raúl Ortiz de Lejarazu.
- Nota de prensa del 7 de octubre de 2009. Gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Creación del ‘Comité asesor en Castilla y León para la prevención, preparación y respuesta ante una pandemia de gripe’.

- Nota de prensa del 28 de agosto de 2009. Gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Presentación del Plan regional frente a la gripe.
- Tabla del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE).
- Nota de prensa del 18 de marzo de 2011. Gabinete de prensa de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León. Aniversario de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León.
- Plan regional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe. Castilla y León
- Plan nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de gripe.
- Informe de la Red Centinela sobre la actividad gripal de la temporada 2009-2010 en Castilla y León.
- Guía para la elaboración del plan de actuación de las empresas o centros de trabajo frente a emergencias. Pandemia de gripe. Julio de 2009.
- Tríptico de la Consejería de Sanidad de Castilla y León. Medidas preventivas frente a la gripe A para la población general.
- Tríptico de la Consejería de Sanidad de Castilla y León. Medidas preventivas frente a la gripe A para los niños en edad escolar.
- Noticias escaneadas sobre la gripe A publicadas en *El País* y *El Norte de Castilla* entre abril de 2009 y enero de 2010.
- Tablas análisis de noticias: *El País* y *El Norte de Castilla*.

## **11. INDICE DE TABLAS**

Tabla 1 Noticias Gripe A .....	20
Tabla 2 Diario .....	52
Tabla 3 Unidad de análisis .....	53
Tabla 4 Tipo de información .....	53
Tabla 5 Elementos adicionales.....	58
Tabla 6 Fuentes de información .....	59
Tabla 7 Protagonistas información .....	60
Tabla 8 Autores de la información.....	61
Tabla 9 Enfoque de la información.....	62
Tabla 10 Entrevistas realizadas. Cuadro resumen.....	68
Tabla 11 Diferencias comunicativas entre los medios tradicionales y los digitales .....	89
Tabla 12 Intereses ciudadanos .....	112
Tabla 13 Síntomas y complicaciones de la gripe A.....	140
Tabla 14 Tasa incidencia de gripe 2009-2010.....	159
Tabla 15 Detecciones gripe 2009-2010.....	160
Tabla 16 Resumen actividad gripal 2009-2010 .....	162
Tabla 17 Antivirales gripe A.....	173
Tabla 18 Efectos adversos del oseltamivir o Tamiflú .....	174
Tabla 19 Efectos adversos del zanamivir o Relenza.....	175
Tabla 20 Situación gripe A CyL. Fecha 24 de mayo de 2009 .....	193
Tabla 21 Situación gripe A en CyL a 24 de junio de 2009.....	195
Tabla 22 Perfiles y papel entrevistados durante la gripe A .....	221
Tabla 23 Mes de publicación de las noticias .....	341
Tabla 24 Año de publicación de las noticias .....	345
Tabla 25 Ámbito geográfico de publicación de las noticias .....	347
Tabla 26 Subgéneros informativos.....	349
Tabla 27 Temática principal .....	351
Tabla 28 En la noticia se señala a algún culpable.....	354
Tabla 29 Uno o varios culpables .....	354
Tabla 30 Culpables físicos o instituciones.....	355
	475



Tabla 31	Menciona el relato las causas del problema.....	356
Tabla 32	El relato sugiere que no se han tomado las medidas oportunas.....	357
Tabla 33	El relato sugiere que el gobierno es responsable del problema .....	358
Tabla 34	El relato sugiere alguna solución para el problema .....	359
Tabla 35	Se habla de víctimas o afectados en la información .....	360
Tabla 36	Se introduce el relato en la vida personal o privada de los actores.	361
Tabla 37	Personalización de las víctimas .....	362
Tabla 38	Se habla en la información de víctimas grupales .....	363
Tabla 39	Emplea el relato adjetivos generadores de sentimientos .....	366
Tabla 40	Comparación de la gripe A entre los dos periódicos .....	368
Tabla 41	Se habla de las patologías previas que padecen las víctimas de la gripe A.....	369
Tabla 42	El relato destaca las consecuencias para la salud que puede causar la gripe A.....	370
Tabla 43	El relato destaca las consecuencias para la vida social que puede causar la gripe A .....	371
Tabla 44	Contiene la noticia alguna imagen generadora de sentimientos .....	373
Tabla 45	El relato habla de la coordinación existente entre los distintos niveles de gestión.....	374
Tabla 46	Refleja el relato un desacuerdo.....	376
Tabla 47	La noticia incluye reproches de unos sectores sociales a otros .....	377
Tabla 48	El relato refleja dos o más caras del problema.....	379
Tabla 49	El relato señala un conflicto de intereses .....	380
Tabla 50	la noticia habla de conspiración .....	381
Tabla 51	El relato contiene algún mensaje moral.....	383
Tabla 52	la información contiene consejos para la población .....	384
Tabla 53	la información contiene consejos para las entidades gubernamentales .....	386
Tabla 54	la información contiene consejos para las entidades públicas o privadas.....	388
Tabla 55	Inversión realizada para solucionar el problema .....	390
Tabla 56	El relato destaca las consecuencias para la economía española de la gripe A.....	391

Tabla 57 El relato destaca las consecuencias para la economía regional de la gripe A.....	393
Tabla 58 La noticia presenta una sola fuente. Esta fuente desempeña un papel activo .....	394
Tabla 59 La fuente del relato se presenta como un mero observador del problema .....	395
Tabla 60 La fuente habla en representación de alguna institución.....	396
Tabla 61 Se emplea como fuente a un experto sanitario .....	396
Tabla 62 Página de publicación .....	397
Tabla 63 Superficie de publicación.....	399
Tabla 64 Elementos adicionales de las noticias.....	401
Tabla 65 Tipo de fuente utilizada para la elaboración de la información.....	406
Tabla 66 Ámbito geográfico fuente.....	408
Tabla 67 Protagonista de la información .....	410
Tabla 68 Ámbito geográfico protagonista de la noticia.....	412
Tabla 69 Enfoque .....	413
Tabla 70 Autor de la información.....	415



## **12. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1 Libro. Pandemia Gripal 2009. Gripe A .....	38
Ilustración 2 Qué pasó con la gripe A.....	39
Ilustración 3 Blog. Gripe A. Ante todo mucha calma .....	41
Ilustración 4 Blog. Gripe por A.....	42
Ilustración 5 Blog. Miguel Jara .....	42
Ilustración 6 Constitución Comité científico asesor gripe A de Castilla y León .....	179
Ilustración 7 Consejeros de Sanidad españoles durante la gripe A .....	180
Ilustración 8 Trinidad Jiménez. Ministra de Sanidad .....	205
Ilustración 9 Francisco Javier Álvarez Guisasola. Consejero de Sanidad Castilla y León .....	207
Ilustración 10 Teresa Zurro. Jefa de prensa Consejería de Sanidad Castilla y León .....	209
Ilustración 11 Iñaki Pagazaurtundua. Periodista de la Consejería de Sanidad de Castilla y León.....	211
Ilustración 12 M <sup>a</sup> Jesús García. Jefa de prensa del Ministerio de Sanidad....	213
Ilustración 13 Maite Perea. Periodista del Ministerio de Sanidad.....	215
Ilustración 14 María Sahuquillo. Periodista de <i>El País</i> .....	217
Ilustración 15 Ana Santiago. Periodista de <i>El Norte de Castilla</i> .....	219
Ilustración 16 Raúl Ortiz de Lejarazu. Experto en epidemiología .....	220
Ilustración 17 Imagen informativa. <i>El Norte de Castilla</i> . 15 de noviembre de 2009. ....	372
Ilustración 18 Imagen informativa. <i>El País</i> . 6 de julio de 2009. ....	372
Ilustración 19 Imagen informativa. <i>El País</i> . 31 de agosto de 2009.....	372
Ilustración 20 Infografía. Expansión internacional gripe A. 26 de mayo de 2009 .....	402
Ilustración 21 Infografía. Expansión internacional gripe A. 10 de mayo de 2009 .....	402
Ilustración 22 Infografía. Fabricación vacunas gripe A. 24 de agosto de 2009 .....	403

Ilustración 23 Infografía. Grupos de riesgo gripe A .....	403
Ilustración 24 Infografía. Balance teléfono información gripe A .....	404
Ilustración 25 Infografía. Consejos sobre cómo prevenir el contagio de la gripe A.....	405